

100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-執業計畫
施行地區一覽表

保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	分類級數	保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	分類級數	
臺北 業務組	新北市	石碇區	2	高屏 業務組	屏東縣	三地門鄉	3	
		坪林區 ^{**}	2			瑪家鄉	3	
		貢寮區	2			新埤鄉	2	
		烏來區 ^{**}	2			春日鄉	3	
	宜蘭縣	大同鄉 ^{**}	3			獅子鄉	3	
		南澳鄉 ^{**}	3			牡丹鄉 ^{**}	3	
	金門縣	烏坵鄉	4			竹田鄉	2	
		烈嶼鄉	4			崁頂鄉	2	
	連江縣	北竿鄉	4			泰武鄉	3	
		莒光鄉	4			枋山鄉	2	
		東引鄉	4			佳冬鄉	2	
	北區 業務組	新竹縣	橫山鄉			2	高雄市	田寮鄉 ^{**}
峨眉鄉			2		茂林區 ^{**}	3		
					桃源區 ^{**}	4		
五峰鄉		3	那瑪夏區 ^{**}		4			
苗栗縣		泰安鄉	3		甲仙區	2		
		獅潭鄉	2		六龜區	2		
		造橋鄉	2		澎湖縣	白沙鄉 ^{**}	4	
		湖西鄉 ^{**}	4					
中區 業務組	台中市	石岡區	1		東區 業務組	花蓮縣	豐濱鄉	2
	南投縣	中寮鄉	2				萬榮鄉	3
嘉義縣		東石鄉	2				卓溪鄉	3
	大埔鄉	2	台東縣	鹿野鄉		2		
	阿里山鄉	3		達仁鄉		3		
台南市	龍崎區	2		長濱鄉		2		
	左鎮區	2		海端鄉 ^{**}		3		
	南化區	2		卑南鄉		2		
						蘭嶼鄉	4	

*另延續 91~98 年計畫至 99 年繼續施行鄉鎮如下，共 26 位執業醫師：

台北業務組：新台北（石門區、平溪區）、宜蘭縣（員山鄉）

北區業務組：新竹縣（北埔鄉、尖石鄉）、苗栗縣（三灣鄉、頭屋鄉、西湖鄉、南庄鄉）

中區業務組：南投縣（信義鄉）、台中市（和平區梨山地區）

南區業務組：嘉義縣（番路鄉、六腳鄉）、台南市（北門區、將軍區、七股區）

高屏業務組：高雄市（杉林區）、屏東縣（霧台鄉、來義鄉）、澎湖縣（望安鄉、七美鄉）

東區業務組：花蓮縣（瑞穗鄉、壽豐鄉）、台東縣（綠島鄉、大武鄉、延平鄉）

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫 門診時段異動表

(一) 原門診時段：_____年_____月

	一	二	三	四	五	六	日
上 午 時 間							
下 午 時 間							
晚 上 時 間							

合計_____天_____小時/週

(二) 新門診時段：_____年_____月起

	一	二	三	四	五	六	日
上 午 時 間							
下 午 時 間							
晚 上 時 間							

合計_____天_____小時/週

執業地點：_____縣_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國_____年_____月_____日

門診時段異動表：

1. 依「牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫」之第七項執行內容及第十項相關規範辦理。
2. 每月門診時段異動表應於前月十五日之前送至牙醫全聯會及本保險人分區業務組核備。

「牙醫巡迴醫療服務」臨時申請表

本人_____（姓名）於_____年_____月_____日_____時起
至_____時止，合計_____小時 於_____（地點）
執行

- (一) 一般治療
- (二) 溝隙封劑與預防性樹脂填充使用
- (三) 口腔衛生推廣服務
 - A. 正確刷牙及牙線指導
 - B. 含氟漱口水指導
 - C. 成人口腔癌篩檢
 - D. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查
 - E. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動
 - F. 口腔衛生及疾病防制說明會

執業地點：_____縣_____鄉鎮區

服務醫師：_____ 簽名

負責醫師：_____ 簽名

醫事機構名稱：_____

印

註：

1. 負責醫師執行此項服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
2. 支援醫師支援該醫療院所執行此項服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
3. 此申請表應於執行前以傳真或書面函向牙醫全聯會及本保險人之分區業務組核准。
4. 牙醫全聯會於執行當月之次月十五日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

執業醫師休診單

本人：_____（姓名）因_____（事由）

將於____年____月____日____時起至____年____月____日____時止休診
合計____月____天____小時

門診補班，於①____月____日____時起至____月____日____時止
②____月____日____時起至____月____日____時止
③____月____日____時起至____月____日____時止
④____月____日____時起至____月____日____時止
合計____天____小時

執業地點：_____縣_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

休診及補班規範：

1. 依本計畫之第七項執行內容及第十項相關規範辦理。
2. 本休診規範應於事前向牙醫全聯會及本保險人分區業務組核備並完成書面手續；如遇臨時或突發事由，得於事前向牙醫全聯會及本保險人之分區業務組以電話或傳真報備，並於三日內完成書面手續。
3. 門診補班可於休診日前、後辦理，但限於當月完成。且補班天數及時數應和請假天數及時數相同。
4. 跨月休診，應於當月個別補班；如遇臨時或突發事由於月底後三日，得於下個月前三日補班完成。

「執業地點門診服務」及「牙醫巡迴醫療服務」

月申請表

門診時段
 口腔衛生推廣
 巡迴醫療

_____年_____月 _____ 預定時段表

	一	二	三	四	五	六	日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

執業地點：_____縣_____鄉鎮區

診所名稱：_____牙醫診所

印

健保代號：

執業醫師簽名：

印

日期：中華民國____年____月____日

註：

1. 請於表格中同時填寫該月之「門診時段」及「口腔公共衛生推廣」服務及「巡迴醫療」服務時段。
2. 負責醫師執行巡迴醫療服務應於醫療院所報備門診服務之時段以外，如為時段內則應填寫執業醫師休診單，並另行補班。
3. 支援醫師支援該醫療院所執行巡迴醫療服務，不受門診時段限制，但均依相關辦法向當地衛生單位報准。
4. 每月「月申請表」應於前月十五日前以書面送至牙醫全聯會核准並函送本保險人之分區業務組核備。
5. 牙醫全聯會於執行當月之次月二十日前檢核申請表、執行表等相關資料，如有未附齊全者，將無法核撥費用，但仍接受補件。

100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-執業計畫—巡迴點統計表

執業院所名稱：

印

醫事機構代號：

印

執業醫師：

日期： 年 月， 共計 診次

鄉鎮區	級數	巡迴點(村.部落.學校等)	巡迴點地址	巡迴點負責人	負責人聯絡電話	預計巡迴日期

*每月應於前月十五日連同月申請表以書面函送至牙醫全聯會核准並函送本保險人分區業務組核備。

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表（執業點用）

執行巡迴醫療服務論次費用

一式三聯 第一聯：送本保險人分區之業務組、第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯：送醫療院所自行留存

受理日期			受理編號							
醫事服務機構名稱			醫事服務機構代號							
編號	請領人姓名	請領人身分字號	給付別	日期	地點	服務時間(小時)	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本頁小計										
總表	項目類別	申請次數	診療人次	服務時間(小時)	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	P22001									
	P22002									
	P22003									
	P22004									
	總計									

年 月

頁數：第 頁 共 頁

負責醫師姓名: _____

醫事服務機構地址: _____

電話: _____

印信: _____

- 一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。
- 二、診療人次：填寫當次診療之人次。
- 三、給付別：執業計畫之巡迴醫療服務（時段以外）：
 P22002 每次服務每小時二級 1500 點。P22003 每次服務每小時三級 2400 點。
 P22004 每次服務每小時四級 3400 點；二、三級每天以 6 小時、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以三級地區(每小時 2400 點支付)【離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時仍以四級地區(每小時 3400 點)支付】。
- 四、地點：請填至村里或學校名稱。
- 五、填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。

填表日期 年 月 日

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業醫師巡迴醫療服務日工作紀錄表

醫師簽章：_____

執業點用

姓名	生日	身分證字號	聯絡電話	治療項目		日期	時間起迄			巡迴地點	備註
				部位	健保代號		起	迄	工時數		
合計											

備註：巡迴地點請填縣市、鄉鎮區、村里或國小名稱

一式三聯、第一聯 送保險人分區業務組

第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會

第三聯 醫療院所自行留存

100 年全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

「牙醫巡迴醫療服務」執行表

申請日期 年 月 日

執業點用

醫事機構名稱：	健保代號：
服務地點 _____ 縣 _____ 鄉鎮區 村 _____ 國小	地址：
服務地段人員：	職稱： 聯絡電話：
執行日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分至 _____ 時 _____ 分 合計 _____ 小時	
服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童	服務人數 _____ 人
服務項目： <ul style="list-style-type: none"> (一) <input type="checkbox"/> 一般治療 (二) <input type="checkbox"/> 溝隙封劑與預防性樹脂填充使用 (三) <input type="checkbox"/> 口腔衛生推廣服務 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. 正確刷牙及牙線指導 <input type="checkbox"/> B. 含氟漱口水指導 <input type="checkbox"/> C. 成人口腔癌篩檢 <input type="checkbox"/> D. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 <input type="checkbox"/> E. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動 <input type="checkbox"/> F. 口腔衛生及疾病防制說明會 	
服務醫師姓名 _____ 簽名 服務地段人員 _____ 簽名 醫事機構名稱 _____ 印	附註： 1. 口腔衛生推廣服項目每月至多申報一次。 2. 服務地段人員應為同一人，並需簽名，如需說明處，請於表格空白部分填寫。 3. 執行照片三張。 4. 連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬本保險人分區業務組。

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

日期： 年 月

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地址	聯絡電話	原因別
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴
					公： 宅： 手機：	<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫醫缺巡迴

服務地段人員：_____ (簽章) 職稱：_____

聯絡電話：_____

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

申請書

一、 姓 名：

二、 身分證字號：

三、 牙醫師證號：

四、 各級公會資歷（請簡列三項）：

- 1.
- 2.
- 3.

五、對牙醫界活動參與及貢獻（國內、外，山地離島偏遠地區醫療，口衛服務，社區醫療服務等）（請簡列三項）

- 1.
- 2.
- 3.

六、聯絡電話：()

七、聯絡地址：

八、執業地點： 縣 鄉鎮區

九、預定執業時間： 年 月

十、診所名稱：

十一、原服務醫療院所地點： _____縣（市）_____市（鄉鎮區）

十二、原服務醫療院所名稱： _____

十三、門診服務時間（請填寫門診時數）：共 _____ 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十四、「巡迴醫療服務」服務時間 共 _____ 小時/週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十五、請據實詳填是否違反醫師法、醫療法或健保等相關法規之情事：

十六、各地方公會及分區委員會意見（請勿填寫）

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫 計畫書內容

一、前言：請敘述執業動機，包括執業地點之牙醫醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。

二、目的：分點具體列述執業所要達成之目標。

三、執業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。

(一) 執業地區及人口分布：請竭盡所能具體詳述執業服務之地區分布情形及面積、戶籍人口數及其性別年齡別分布情形、外流人口比率、納保人口數及納保率等相關資料。

項目	內容
人口	
面積	
村落	
學校數（國中、小學）	

說明：

(二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述執業服務地區地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等。

(三) 醫療需求情形：請詳述執業地區之牙醫醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。

(四) 請檢附執業地點鄉公所執業推薦函。

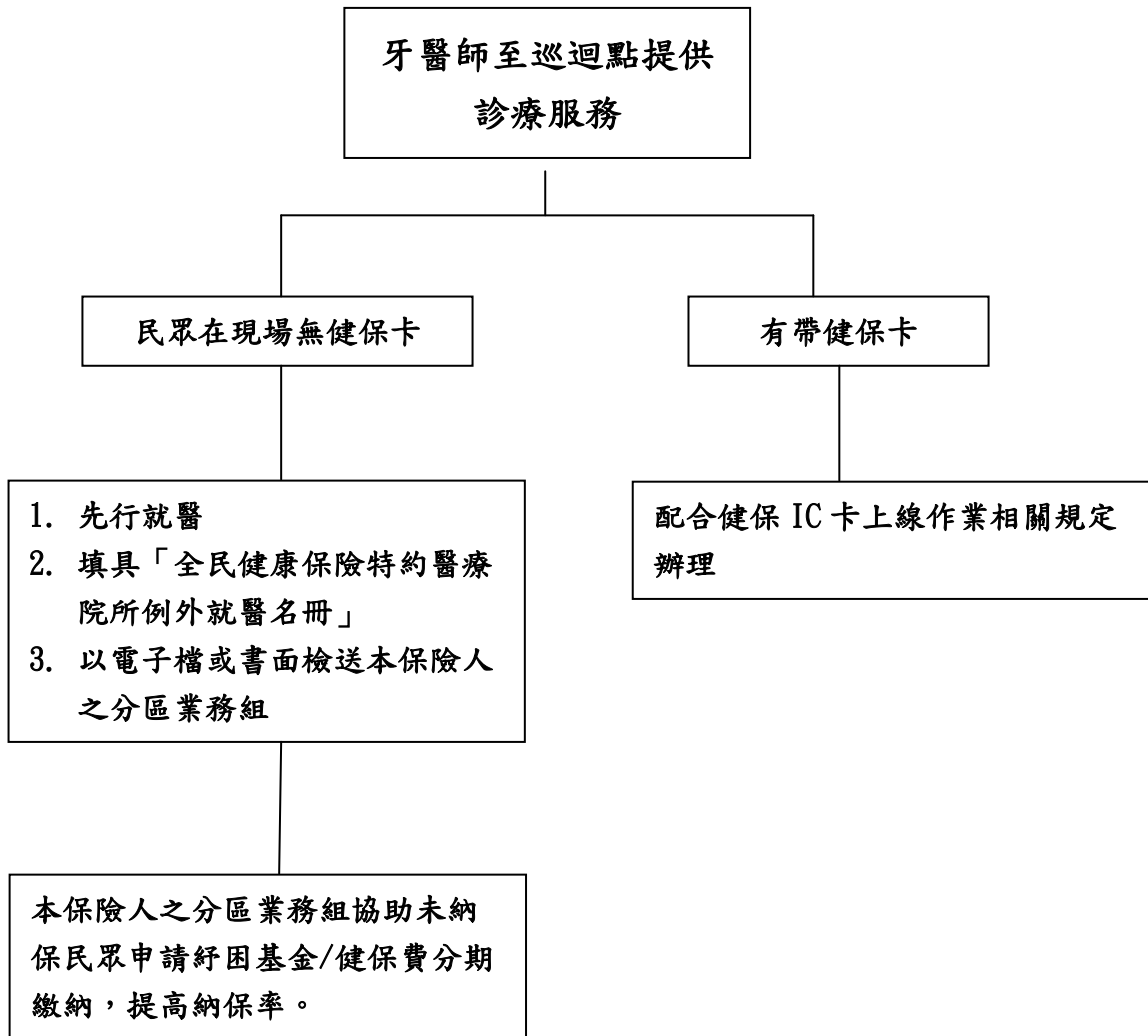
四、執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。

五、評估預期效益：請詳述執業服務預期將對該地區達成之效益，並表列各項預定達成指標。

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之過卡困難 作業流程圖



**全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之過卡困難
作業辦理原則**

IC 卡狀況	能否給予治療	能否申報	附帶條件及建議
有健保卡， 可過卡	可	可	無
有健保卡， 無法過卡 (硬體設備 限制)	可	可	<p>巡迴醫療須配合健保 IC 卡上線作業 相關規定如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.使用具電池的連線型讀卡機，外出 前可先於院內進行開機認證後，再 攜帶外出使用。 2.除特約醫療院所日常使用的連接健 保醫療網線路外，另外申請一組連 接「健保醫療網」的撥接帳號，攜 帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單 機獨立型讀卡機，赴外地時就近商 借電話線路連線，以撥接方式進行 開機認證。 3.若上述方案均不可行，始列為異常 狀況處理，於費用申報時填寫就醫 序號異常代碼”F000”申報。
沒帶卡	可	可	<p>倘有特殊原因未攜帶健保 IC 卡者， 依規定填具「全民健康保險特約醫療 院所例外就醫名冊」後同意以健保身 分就醫，就醫序號以特定代碼「C001」 申報。特約醫療院所應將「例外就醫 名冊」之電子檔或書面資料檢送本保 險人之分區業務組，辦理後續查保作 業。</p>

100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 執業計畫考核作業要點

一、前言

牙醫醫療資源不足地區執業計畫自 91 年實施以來，已有 42 個「牙醫醫療資源不足地區」申請通過並已執行，如何符合以當地居民口腔健康為中心，提供一個有效、積極、安全性的醫療體系，一直是牙醫全聯會在計劃實施所要努力的，在兼顧醫事管理和人性管理之下，須訂定一個具鼓勵性質，但又不曾忽視該區居民就醫權利及醫療品質的要點。

二、對象

1. 本執業計畫之醫師，且執業滿 1 年。
2. 本執業計畫之醫師，曾被民眾投訴或申報狀況異常。
3. 上年度執業考核結果列為觀察或輔導之醫師。
4. 由全民健保牙醫門診總額執行委員會之各分區分會提報需考核之醫師。

三、考核人員

實地抽查成員：包括本保險分區業務組及牙醫全聯會相關人員。

四、考核方式

符合對象條件之診所，由牙醫全聯會配合本保險分區業務組訂定時間並派車至審查診所。

五、考核辦法：

(一) 電話及實地審查考核評分表

1. 依地理位置、道路便利、人口和部落多少分佈就執行困難度及需求度評核：
 - 甲：人口多、道路便利平地鄉鎮。
 - 乙：山地或平地偏遠鄉鎮。
 - 丙：山地艱困及離島鄉鎮。
2. 診所外在環境評核：(共 8 分)
 - (1) 執業地點是否為該鄉道路便利、人口集中之地。
 - (2) 診所招牌是否明顯、清楚。
 - (3) 門前告示是否明確標示診療科目、時段。
 - (4) 居家和診所的距離。

3.診所內部設備、環境評估：(共7分)

- (1)基本設施完備：包括牙科治療台、高慢速機頭、高溫消毒鍋、定壓機、X光機、電腦週邊設備。
- (2)診療器材：牙體復形、口腔外科、根管治療、洗牙機...等。
- (3)室內環境及診療動線：乾淨、明亮，診療動線流暢。
- (4)聘用牙醫助理一名以上。

4.是否合乎牙醫院所感染控制SOP作業細則：(共27分)

- (1)硬體設備：洗手、滅菌設備，空調系統...等。
- (2)軟體部分：醫護人員需穿戴防護裝置，醫療廢棄物應依法分類處理...等。

5.其他「巡迴醫療」執行狀況評核(共8分)

- (1)執行時段符合計劃規定，並按時執行。
- (2)每月至多單獨申報一次「口腔衛生推廣」其成效？
- (3)巡迴醫療每週服務地點是否適當？
- (4)巡迴醫療的診療設備及牙材。

6.執業內容—專業考核(共30分)

- (1)診療項目(質)是否符合當地醫療需求。
- (2)診療量是否符合當地醫療需求。
- (3)醫師溝通能力及融入社區環境之程度。

7.執業地點民眾滿意度調查(10~20名)(共10分)

- (1)是否知道該院所的設置？
- (2)民眾利用該院所作牙科診療的比例。
- (3)在該院所診療後的回診率。
- (4)醫師的服務態度。

8.實地審查前電話抽查評核(由全民健康保險保險人評核)(共10分)

- (1)醫師執業診療時段值勤情形？
- (2)醫師其他診療時段值勤情形？
- (3)依執行表地段人員執行情形？
- (4)當地小學或鄉公所人員反應情形。

六、綜合討論及評分

1. 特優：90分以上。
2. 優：80分以上。
3. 良：70~79分。

4. 輔導：60～69 分，分區輔導一季，要求改善，並提出改善計畫書，覆核未達 70 分以上即停止執行本計畫。
5. 終止合約：59 分以下者，立即停止執行本計畫。
6. 連續兩年考核結果列為輔導，即停止執行本計畫。

100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

執業計畫 考核評分表

一、基本資料	
執業鄉鎮：	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 縣市 鄉鎮區 醫師 </div>
二、評分項目(共 100 分)	
(一) 診所外在環境評核(共 8 分)	
1、執業地點是否為該鄉道路便利、人口集中之地。	<input type="checkbox"/> 非常便利(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不便利(0分)
2、診所招牌是否明顯、清楚。	<input type="checkbox"/> 明顯(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不明顯(0分)
3、門前告示是否明確標示診療科目、時段。	<input type="checkbox"/> 明確(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不明確(0分)
4、居所和診所的距離。	<input type="checkbox"/> 接近(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 遙遠(0分)
(二) 診所內部設備、環境評核 (共 7 分)	
1、基本設施、診療器材之完備 註:(須為可正常使用) ※具備 9 項右列設備(3分) ※右列設備缺一項者(1分) ※右列設備缺兩項者(0分)	基本設施包括： (1) 牙科治療台 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2) 高慢速機頭 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3) 控壓機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (4) X 光機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (5) 電腦及週邊設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 診療器材包括： (1) 牙體復形 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (2) 口腔外科 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3) 根管治療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (4) 洗牙機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3、室內環境及診療動線：乾淨、明亮，診療動線流暢。	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)
4、是否聘用牙醫助理	<input type="checkbox"/> 一名且具備證照(2分) <input type="checkbox"/> 一名(1分) <input type="checkbox"/> 無(0分)

(三) 是否合乎牙醫院所感染控制 SOP 作業細則 (共 27 分)

1、硬體設備

- (1) 具有適當之洗手設備
- (2) 良好之通風空調系統
- (3) 器具滅菌設備

- 是(2分) 否
- 是(2分) 否
- 完整(2分) 尚可(1分) 待改進

2、軟體部分

- (1) 病歷首頁中全身病史登載完整
- (2) 醫師及助理人員穿戴防護裝置
- (3) 開診前及結束後應作管道消毒
- (4) 醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理
- (5) 浸泡器械的清毒藥水乾淨並在有效期限內
- (6) 診所依感染控制 SOP 作業，製訂消毒流程表及紀錄表且登載完整
- (7) 滅菌後器械之包裝存放應無再污染之虞

- 非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
- 不完整(0分)
- 非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
- 不完整(0分)
- 非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
- 不完整(0分)
- 非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
- 不完整(0分)
- 非常完整(3分) 完整(2分) 普通(1分)
- 不完整(0分)

(四) 巡迴醫療執行狀況評核 (共 8 分)

- 1、執行時段符合計劃規定，並按時執行。
- 2、每月至多申報一次「口腔衛生推廣」其成效？
- 3、巡迴醫療每週服務地點是否適當？
- 4、巡迴醫療的診療設備及牙材。

- 是(2分) 否
- 是(2分) 否
- 是(2分) 否
- 是(2分) 否

(五) 執業內容-專業考核 (共 30 分)

執業醫師簽名：

1、診療項目(質) 是否符合當地醫療需求 (10分)

(1)OD 案件申報點數占率+
牙周案件申報點數占率

$\geq 55\%$ (4分) $\geq 50\sim 55\%$ (3分) $\geq 45\sim 50\%$ (2分)
 $\geq 40\sim 45\%$ (1分) $<40\%$ (0分)

(2)Endo 案件申報點數占率

$\geq 10\%$ (6分) $\geq 8\sim 10\%$ (5分) $\geq 6\sim 8\%$ (4分)
 $\geq 4\sim 6\%$ (3分) $\geq 2\sim 4\%$ (2分) $<2\%$ (1分)

(3)實地審查狀況(5分)

特優(5分) 優(4分) 良(3分)
 普通(2分)

理由

2、診療量是否吻合當地醫療需求 (10分)

(1)每月總申報點數占保障額度的比例

$\geq 70\%$ (6分) $\geq 60\sim 70\%$ (5分) $\geq 50\sim 60\%$ (4分)
 $\geq 40\sim 50\%$ (3分) $\geq 30\sim 40\%$ (2分) $\geq 20\sim 30\%$ (0分)
 $<20\%$ (0分)

(2)實地審查狀況(5分)

特優(5分) 優(4分) 良(3分)
 普通(2分)

理由

3、醫師溝通能力及融入社區環境之程度

優(5分) 良(3分) 普通(1分)

(六) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)

將民眾評分表之結果平均後計分

得分

分

(七) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)

將電話評分表之結果平均後計分

得分

分

得分

分

(八) 分數合計

總計

分

**100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
民眾滿意度調查**

執業鄉鎮：	縣市	鄉鎮區	醫師
(五) 執業地點民眾滿意度調查 (共 10 分)			
(1) 是否知道該院所的設置?	<input type="checkbox"/> 知道(2分) <input type="checkbox"/> 不知道		
(2) 是否願意至該院所治療牙齒?	<input type="checkbox"/> 願意(3分) <input type="checkbox"/> 不願意		
(3) 診療後下次是否願意至該院所看牙?	<input type="checkbox"/> 是(2分) <input type="checkbox"/> 否		
(4) 醫師的服務態度	<input type="checkbox"/> 滿意(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 不滿意(0分)		
得分	分		

註:調查 10~20 名民眾，並將結果平均列入評分。

**100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
電話考評表**

執業鄉鎮：	縣市	鄉鎮區	醫師
(六) 實地審查前電話抽查評核 (共 10 分)			
(1) 醫師執業診療時段值勤情形	<input type="checkbox"/> 優良(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(2分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分)		
(2) 醫師其他診療時段值勤情形	<input type="checkbox"/> 優良(3分) <input type="checkbox"/> 尚可(2分) <input type="checkbox"/> 待改進(1分)		
(3) 依執行表地段人員執行情形	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)		
(4) 當地小學或鄉公所人員反應情形	<input type="checkbox"/> 優良(2分) <input type="checkbox"/> 尚可(1分) <input type="checkbox"/> 待改進(0分)		
得分	分		

註:由本保險人分區業務組進行評核。

「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」 評選審查作業要點

- 一、本作業要點依牙醫全聯會第八屆第二次全民健保牙醫門診總額委員會決議辦理之。
- 二、本作業要點基於公平、公正、公開之原則，目的在評選優秀之牙醫師及巡迴團隊至牙醫醫療資源不足地區執行醫療服務，均衡牙醫醫療資源，促使全體保險對象獲得適當之牙醫醫療服務。
- 三、評選審查小組成員：理事長及總額委員會主任委員為當然成員，其他成員包括總額委員會相關人員，六分區代表及離島代表。
- 四、牙醫全聯會於公告日起 30 個工作日內（以郵戳為憑）收齊申請案件，並於公告日起 45 個工作日內進行審查；審查後 10 個工作日內以函回復本保險人審查結果；本保險人及分區業務組於 10 個工作日內函復核定結果。經審查通過並收到回復函者，執業醫師依醫師法相關規定辦理執業登記後，持牙醫全聯會之同意函向全民健康保險保險人簽訂醫事服務機構合約。巡迴團隊亦依醫師法相關規定辦理後，即可執行巡迴醫療服務。
- 五、資格審查：
 - （一）申請執業計畫之執業醫師依計畫申請資格規定。
 - （二）申請巡迴醫療服務團隊依計畫申請資格規定。
 - （三）依本計畫第五項之執行地區及目標所列內容為依據，不分區執行。
 - （四）執業設點以鄉、鎮為單位，巡迴則以牙醫醫療資源不足地區之鄉、鎮合成區域為單位，並以不跨區為原則。
- 六、書面審查：
 - （一）執業：
 - 1.地區優先次序：
 - （1）未實施「本計畫」－執業及巡迴之離島、山地鄉鎮。
 - （2）未實施「本計畫」－執業及巡迴之平地鄉鎮。
 - （3）已實施「本計畫」－巡迴惟仍無執業之離島、山地鄉鎮。
 - （4）牙醫醫療資源不足且單一牙醫執業之離島、山地鄉鎮（91 年至 99 年通過牙醫醫療資源不足地區執業計畫者除外）。
 - 2.依地理位置、環境、交通狀況、人口等因素列出執行困難度及需求度之

地區評估。

- 3.執業計畫內容：依其門診時段，工作範圍，項目，內容詳實度做評估，及所申請之牙醫醫療資源不足地區鄉（鎮）公所推薦函。
- 4.醫師個人因素：依此醫師參與牙醫界活動（山地，離島醫療，口衛活動），地緣性及在各級公會之資歷和貢獻。並參考各地方公會及分區委員會之意見。

（二）巡迴：

- 1.是否尊重並知會當地牙醫師公會。
 - 2.計畫內容。
 - 3.生活圈及流動路線考量。
 - 4.分區內若有兩個以上團隊巡迴區域，或某些巡迴點重疊時，以已設點並已進行醫療服務團隊優先。
 - 5.評估巡迴區域大小、服務地點點數，醫師人數及設備。
 - 6.離島及山地偏遠地區優先考量。
- 七、面試審查—就執業醫師個人背景，熱忱度，未來規劃和對當地背景之熟悉做評選。巡迴醫療團隊若有必要亦要請負責醫師做說明。
- 八、如有未盡事宜或變更事項，均依牙醫全聯會總額執行委員會決議辦理。

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫

期末報告封面

一、姓 名：

二、身分證字號：

三、出生年月日： 年 月 日

四、牙醫師證號：

五、診所名稱：

六、聯絡電話：()

七、傳真電話：()

八、執業地點： 縣 鄉鎮區

九、門診服務時間（請填寫門診時數）：共 小時／週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

十、「公共衛生推廣」及「巡迴醫療」服務時間

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 時間							
下午 時間							
晚上 時間							

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區執業服務計畫 期末報告內容

一、執業地區醫療需求分析：

- 1.地理環境、就醫便利性、就醫率、患者人口性別、年齡等分布情形
- 2.執業之各月健保申報量及各治療項統計（P1-P8）比例分析情況

各月健保申報量

	1 月	2 月	3 月	...	12 月	總計
申報點數				...		

各治療項統計（P1-P8）比例分析

	P1(%)	P2(%)	P3(%)	P4(%)	P5(%)	P7(%)	P8(%)
1 月							
2 月							
3 月							
...							
12 月							
總計							

- 3.口腔衛生服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

項目	日期	地點 (學校/村落)	人數	備註
一、家戶訪視				
二、正確刷牙及 牙線指導				
三、含氟漱口水指導				
四、口腔癌篩檢				
五、口腔衛生教育				

4.醫事人員人力分配：

姓名	身分證字號	出生年月日	學歷

二、執業所遇的問題及解決方針

1.交通流線及道路狀況：

2.當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景：

3.執業範圍、區域及執行困難之原因：

4.政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性

5.其他

三、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

四、檢討與建議（請詳實敘述）

五、未來的展望及願景（請詳實敘述）

六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案-巡迴計畫
施行地區一覽表

保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	分類級數	保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	分類級數
臺北 業務組	新北市	烏來區	3 或 2	中區 業務組	南投縣	仁愛鄉	3 或 2
		萬里區	2 或 1			中寮鄉	2 或 1
		石碇區	2 或 1			信義鄉	3 或 2
		坪林區	2 或 1			國姓鄉	2 或 1
		石門區	2 或 1		台中市	和平區	3 或 2
		平溪區	2 或 1			大安區	2 或 1
		貢寮區	2 或 1			新社區	2 或 1
		雙溪區	2 或 1			石岡區	2 或 1
		三峽區 插角地區	2 或 1			彰化縣	芳苑鄉
	宜蘭縣	南澳鄉	3 或 2	竹塘鄉	2 或 1		
		員山鄉	2 或 1	嘉義縣	東石鄉	2 或 1	
		大同鄉	3 或 2		番路鄉	2 或 1	
		壯圍鄉	2 或 1		大埔鄉	3 或 2	
		三星鄉	2 或 1		阿里山鄉	3 或 2	
	金門縣	金寧鎮	4 或 3		布袋鎮	2 或 1	
		烈嶼鄉	4 或 3		六腳鄉	2 或 1	
		烏坵鄉	4 或 3		竹崎鄉	3	
	連江縣	南竿鄉	4 或 3		梅山鄉	3	
		北竿鄉	4 或 3		溪口鄉	2	
		莒光鄉	4 或 3	台南市	玉井區	2 或 1	
		東引鄉	4 或 3		關廟區	2 或 1	
	北區 業務組	新竹縣	峨眉鄉		2 或 1	東山區	2 或 1
			尖石鄉		3 或 2	西港區	2 或 1
			五峰鄉		3 或 2	後壁區	2 或 1
橫山鄉			2 或 1		大內區	2 或 1	
桃園縣	復興鄉	3 或 2	南化區		2 或 1		
苗栗縣	南庄鄉	2 或 1	龍崎區		2 或 1		
	頭屋鄉	2 或 1	左鎮區		2 或 1		
	西湖鄉	2 或 1	雲林縣	古坑鄉	2 或 1		
	泰安鄉	3 或 2		東勢鄉	2 或 1		
	獅潭鄉	2 或 1		二崙鄉	2 或 1		
				元長鄉	2 或 1		

保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	分類級數	保險人 業務組別	縣市別	鄉鎮區	分類級數
南區 業務組	雲林縣	四湖鄉	2 或 1	高屏 業務組	澎湖縣	七美鄉	4 或 3
		口湖鄉	2 或 1			湖西鄉	3
		水林鄉	2 或 1			白沙鄉	4 或 3
		台西鄉	2 或 1			望安鄉	4
		林內鄉	2 或 1			西嶼鄉	3
		褒忠鄉	2 或 1			馬公市 虎井島	4 或 3
		麥寮鄉	2 或 1			馬公市 桶盤島	4 或 3
高屏 業務組	高雄市	田寮區	2 或 1	東區 業務組	台東縣	卑南鄉	2 或 1
		杉林區	2 或 1			太麻里鄉	2 或 1
		茂林區	3 或 2			達仁鄉	3 或 2
		桃源區	4			大武鄉	2 或 1
		那瑪夏區	4			延平鄉	3 或 2
		甲仙區	2 或 1			長濱鄉	2 或 1
		內門區	2 或 1			金峰鄉	3 或 2
	屏東縣	六龜區	2 或 1	花蓮縣	海端鄉	3 或 2	
		三地門鄉	3 或 2		蘭嶼鄉	4 或 3	
		瑪家鄉	3 或 2		綠島鄉	4 或 3	
		來義鄉	3 或 2		鹿野鄉	2 或 1	
		春日鄉	3 或 2		壽豐鄉	2 或 1	
		獅子鄉	3 或 2		豐濱鄉	2 或 1	
		牡丹鄉	3 或 2		萬榮鄉	3 或 2	
		竹田鄉	2 或 1		秀林鄉	3 或 2	
		崁頂鄉	2 或 1		卓溪鄉	3 或 2	
		滿州鄉	2 或 1		瑞穗鄉	2 或 1	
		枋山鄉	2 或 1		新城鄉	1	
		霧台鄉	3 或 2		光復鄉	2 或 1	
		泰武鄉	3 或 2		富里鄉	2 或 1	
		新埤鄉	2 或 1		玉里鎮河 東地區	1	
		琉球鄉	3 或 2				
		鹽埔鄉	2 或 1				
		佳冬鄉	2 或 1				
	萬巒鄉	2					

1：指平地鄉之牙醫醫療資源不足地區。

2：偏遠平地鄉（指該鄉之鄉公所離最近平地鄉公所車程一小時之牙醫醫療資源不足地區。

3：指山地鄉、離島地區之牙醫醫療資源不足地區。

4：指特殊困難地區(離島地區需包船、山地地區有特殊交通困難)之牙醫醫療資源不足地區。

註：各醫療團執行巡迴醫療之地點分級，由牙醫全聯會審查核定。

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫 申請書

一、 申請單位： (公會、分會、教學醫院)

二、 負責醫師：

三、 其他相關醫師：

四、 聯絡電話：()

五、 聯絡地址：□□□

六、 巡迴縣市鄉鎮區		學校名稱	學童數	醫療費用	巡迴期間	
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月
縣	鄉鎮區		人	\$	年	月

合計學校數：

總人數

總經費

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫 計畫書內容

- 一、前言：請敘述巡迴服務動機，包括巡迴服務鄉鎮、學校名稱、醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。
- 二、目的：分點具體列述巡迴服務所要達成之目標。
- 三、巡迴學校之現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
 - (一)巡迴服務學校之地區及人口分布：請具體詳述巡迴服務學校之地區分布情形及面積、學童數、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。
 - (二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴服務地區地理環境概況(檢附簡要地圖更佳)、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等。
 - (三)醫療需求情形：請詳述巡迴服務學校之牙醫醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。
- 四、執行計畫：
 - (一)醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(包含診所名稱、診所代號、醫師姓名、身分證字號、牙醫師證號等)。
 - (二)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估，點數總計後請加二成計算。
- 五、評估預期效益：請詳述巡迴服務預期將對學校達成之效益，並表列各項預定達成指標。
- 六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

全民健康保險牙醫門診總額專款專用醫療報酬申請表（巡迴計畫用）

執行巡迴醫療服務論次費用

一式三聯 第一聯：送本保險人之分區業務組、第二聯：送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯：醫療院所自行留存

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
編號	請領人姓名	請領人身分字號	給付別	日期	地點	服務時間(小時)	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本頁小計										
總 表	項 目 類 別	申請 次數	診療 人次	服務時 間(小 時)	每次申 請金額	申請金額 總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	P22001									
	P22002									
	P22003									
	P22004									
總計										

年 月

頁數：第 頁 共 頁

負責醫師姓名: _____
醫事服務機構地址: _____
電話: _____
印信: _____

一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。

二、診療人次：填寫當次診療之人次。

三、給付別：執業計畫之巡迴醫療服務（時段以外）：

P22002 每次服務每小時二級 1500 點。P22003 每次服務每小時三級 2400 點。

P22004 每次服務每小時四級 3400 點；二、三級每天以 6 小時、四級每天以 9 小時，且第 7 小時之後以三級地區(每小時 2400 點支付)【離島需包船地區不在此限，經牙醫全聯會核准者，第 7 小時仍以四級地區(每小時 3400 點)支付】。

四、地點：請填至村里或學校名稱。

五、填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險人之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。填表日期 年 月 日

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務 巡迴醫療團月統計資料表

申請月份： 年 月

申請醫療團：

編號	醫師姓名	醫事機構代號	核實申報費用	論次給付費用	總計
合計					

- 一. 核實申報費用為未加成前之費用
- 二. 論次給付費用包含：P22002、P22003、P22004
- 三. 將此表連同服務報酬申請表函送牙醫全聯會

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫 「口腔衛生推廣」服務及「巡迴醫療」執行表

申請日期 年 月 日

醫事機構名稱：	健保代號：
服務地點_____縣_____鄉鎮區 村 _____國小	地址：
服務地段人員：	職稱： 聯絡電話：
執行日期____年____月____日____時____分至____時____分 合計____小時	
服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童	服務人數____人
服務項目：(一) <input type="checkbox"/> 口腔衛生推廣服務 <input type="checkbox"/> A.正確刷牙及牙線指導 <input type="checkbox"/> B.含氟漱口水指導 <input type="checkbox"/> C.成人口腔癌篩檢 <input type="checkbox"/> D.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 <input type="checkbox"/> E.參與並配合當地社區的總體健康營造活動 <input type="checkbox"/> F.口腔衛生及疾病防制說明會 (二) <input type="checkbox"/> 牙醫巡迴醫療服務 <input type="checkbox"/> A.一般治療 <input type="checkbox"/> B.溝隙封劑與預防性樹脂填充使用	
服務醫師姓名 簽名	附註： 1.口腔衛生推廣服項目每月至多單獨申報一次。 2.服務地段人員應為同一人，並需簽名，如需說明處，請於表格空白部分填寫。 3.執行照片三張。 4.連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送本保險人分區業務組。
服務地段人員_____簽名	
醫事機構名稱_____ <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="印"/>	

巡迴計畫用

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴醫療服務日工作紀錄表

醫師簽章：_____

姓名	生日	身分證 字號	聯絡 電話	治療項目		點數	日期 月/日	時間起迄			巡迴 地點	備註
				部位	健保代號			起	迄	工 時 數		
合計												

巡迴計畫用

一式二聯 第一聯：送本保險人分區業務組

第二聯：巡迴醫療服務團體自行留存

100 年度全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫

期末報告封面

一、 巡迴單位：

二、 負責醫師：

三、 其他相關醫師：

四、 聯絡電話：()

五、 聯絡地址：□□□

六、 巡迴縣市	鄉鎮區	服務單位	病患數	醫療費用	巡迴期間
縣	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣	鄉鎮區		人	\$	月至 月

合計服務單位數：

總人數

總經費

七、 個別醫師及診所服務量（不計點值，不計加成）

診所名稱	服務醫師	巡迴地點	病患數	申報點數	巡迴期間
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月

八、 醫事人力及門診診數

人次 門診數

九、 現況報告

(一)巡迴地區醫療需求情況分析

(二)巡迴地區地理環境，就醫便利性，就醫率及達成目標成數

(三)口腔衛生保健服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

十、 巡迴醫療所遇問題及解決方針（詳實敘述）

十一、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

十二、檢討與建議（請詳實敘述）

十三、未來的展望及願景（請詳實敘述）

十四、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14

號字型，橫式書寫。

100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區學童口腔健康狀況及醫療需求調查表(簡易格式)

姓名：_____ 出生日期：____年__月__日 性別：1.男 2.女
 地區：_____ 學校：_____ 學號：_____ 班級：____年__班
 編號：_____ 調查日期：____年__月__日 檢查者：_____ 記錄者：_____

	合計	d	e	f	
	合計	D	M	F	
<p>圖例</p> <ul style="list-style-type: none"> v 打勾表示齲洞之位置 △ 填補後用三角形註記 / 斜線表示應拔除之牙齒 X 表示缺牙 φ 表示為未長出牙 					
<p>1. 已完成填補顆數 (A)：_____顆</p> <p>2. 未完成填補顆數 (B)：_____顆</p> <p>3. 其他待診療顆數：_____顆</p> <p>4. 填補率：_____% (A) / (A) + (B)</p> <p>5. 年度填補顆數 _____顆</p> <p>6. 年度拔除顆數 _____顆</p>					
診療記錄					
日期	診療項目 (健保代號)				

備註：1.每年年底填寫一次，於年底彙整資料於統計表，本表格由院所自行留存備查。2.新生入學須立即檢查並填寫本表，以做為比較之基礎。

100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區學童口腔健康狀況調查統計表

[附件 12-3]

醫療團名稱：

服務醫師名單：

學校名稱：

學校所屬地區：

縣/市

鄉/鎮/區

郵遞區號：

年級	性別	人數	口腔狀況(顆數)						醫療狀況(顆數)			
			d	e	f	D	M	F	已填補顆數	未填補顆數	填補率	年度填補顆數
幼稚園	男											
	女											
小一	男											
	女											
小二	男											
	女											
小三	男											
	女											
小四	男											
	女											
小五	男											
	女											
小六	男											
	女											
國一	男											
	女											
國二	男											
	女											
國三	男											
	女											
總計												