[衛生福利部家庭牙醫科](#_Toc130817983)[專科醫師訓練機構書面審查申請書說明 2](#_Toc130817984)

[衛生福利部家庭牙醫科](#_Toc130817985)[專科醫師訓練機構書面審查申請書 3](#_Toc130817986)

[附件一 請列舉近一年家庭牙醫科100例治療病患清單 9](#_Toc130817987)

[附件二牙科部診間平面配置圖 (需清晰可辨，並明確標出家庭牙醫科專屬治療區) 10](#_Toc130817988)

[附件三醫療設施及設備 11](#_Toc130817989)

[附件四](#_Toc130817990)[診間設備使用流程與分配說明與](#_Toc130817991)[每週定期清點及維修設備，並製作紀錄 11](#_Toc130817992)

[附件五 教學場所與設備 12](#_Toc130817993)

[附件六品質管制相關文件佐證資料 13](#_Toc130817994)

[附件七家庭牙醫科專任指導醫師(在職證明、專科醫師證書、執登正反面) 14](#_Toc130817995)

[附件八家庭牙醫科兼任指導醫師(在職證明或報備支援、專科醫師證書) 18](#_Toc130817996)

[附件九家庭牙醫科專任/兼任專科醫師(非師資，但領有家庭牙醫科部專證書) 21](#_Toc130817997)

[附件十家庭牙醫科專任專科受訓醫師(PGY結訓證明、執登正反面、門診表) 23](#_Toc130817998)

[附件十一家庭牙醫科受訓醫師病患治療清單(受訓醫師填寫) 25](#_Toc130817999)

[附件十二護理師執業執照 28](#_Toc130818000)

[附件十三家庭牙醫科專科醫師訓練計畫 19
附件十四至十五家庭牙醫科醫師病患治療清單(機構家庭牙醫科填寫) 29](#_Toc130818001)

[附件十六至十九教學課程與活動列表 32](#_Toc130818003)

[附件二十教學課程/活動簽到單 37](#_Toc130818007)

[附件二十一教學/討論會記錄 37](#_Toc130818007)

[附件二十二家庭牙醫科醫師(含受訓醫師)投稿佐證資料(大會論文貼示、委託學會雜誌等) 38](#_Toc130818008)

[附件二十三家庭牙醫科未來展望及計畫 39](#_Toc130818009)

# **衛生福利部家庭牙醫科**

# **專科醫師訓練機構書面審查申請書說明**

**一、填寫說明：**

 (1)申請書應以中文打字印刷，採橫式、由左至右繕打。

 (2)請依序填寫申請書並照順序附上附件資料，若無法提供資料，請保留標題，並填寫“無” 。

 (3)申請書及其附件資料請務必依照本會格式及順序填寫並附上資料，若不符合格式即退件。

 (4)書面審查申請書及其附件資料請務必編上頁碼，製作目錄。

 (5)資料準備期間：112年5月1日至113年4月30日，共12個月，以利實地訪視檢查。

**二、繳交期限：**

 家庭牙醫科專科醫師訓練機構認定申請書(含申請書及其相關附件)，於申請截止日113/5/15前將

 申請書、附件資料電子檔(都為pdf格式)上傳至學會網站，待電子檔審核通過，且不需要補件時，

 再行印製一份紙本資料寄至學會。✽公告後即開始收件，若提早繳交書面資料，亦會提早書審。

**三、紙本資料印刷式樣：**

 (1)電子檔資料確定審核通過，且不需要補件時，再行印製紙本資料

 (2)紙張大小為A4

 (3)採雙面彩色印刷一份，平裝裝訂，統一裝訂於左側，封面請用與內文用不同顏色紙張

|  |
| --- |
| 衛生福利部家庭牙醫科專科醫師訓練機構書面審查申請書機構名稱：申請日期：  |

 (4)封面：

(5)書背：請打上『113年度“ XXXXXXX醫院”家庭牙醫科專科醫師訓練機構書面申請』

(6)所有附件之照片、公文、執照、相關佐證資料等皆須以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、墨

 色不清等情形，相關證明用印須完整顯示等。相關規範皆依衛生福利部建議辦理。

**四、寄送紙本申請書與e-mail電子檔：**

 (1)申請書含附件完整電子檔(PDF) E-MAIL至：hsiaoting1128@gmail.com

(2)申請書紙本資料寄至：104台北市中山區長安東路二段81號12樓之3

## **衛生福利部家庭牙醫科**

## **專科醫師訓練機構書面審查申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 機構名稱 |  |
| 機構代碼 |  |
| 申請類別 | □初次申請 |
| □非首次申請，前次認定年度: 首次認定年度: |
| 機構地址 |  |
| 機構電話 |   |
| 牙科部負責人 |  |
| 家庭牙醫科負責人 |  |
| 聯絡窗口/電話 |  |

茲填具「家庭牙醫科專科醫師訓練機構」評鑑各項資料並檢附相關文件，惠請予以評鑑為荷

 牙科部負責人： 簽章

 訓練機構家庭牙醫科負責人： 簽章

填表日期：中華民國 年 月 日

|  |
| --- |
| **壹、訓練機構條件【**總分100分，本項目佔25分**】** |
| 項目及評鑑標準 |
| 1. **醫療業務、醫療設施設備**

每年應治療一百個病例以上，包括各種不同類型家庭牙醫治療之病例，具有訓練專科醫師臨床能 力之醫療環境。(2)具專屬家庭牙醫科診療使用時段之區域，且候診區與治療區應有明顯區隔。(3)家庭牙醫科必備治療設備。 |
| 【必要條件】醫療業務(1) 家庭牙醫科每年應治療一百個病例以上，包括各種不同類型家庭牙醫治療之病例。(詳列附件一)醫療設施與設備(1)家庭牙醫科治療區 □有 □無  專屬家庭牙醫科治療椅\_\_\_\_\_\_\_台(至少4台)(2)根尖X光機periapical\_\_\_\_\_\_\_台(至少1台) 全景環口X光機 panography\_\_\_\_\_\_\_台(至少1台) 符合游離輻射防護法相關規定之X光室 □有 □無(3)消毒滅菌設備：高溫高壓滅菌鍋\_\_\_\_\_\_\_台，並符合感控流程。(至少1台，含醫院消毒中心)＊書面請附診間平面圖(詳列附件二)，並標出家庭牙醫科專屬治療區域及治療椅配置(詳列附件二)以及上述(2)、(3)設備之照片佐證(詳列附件三)✽本次”高溫高壓滅菌鍋”至少1台(含醫院消毒中心)，醫院端若有供應中心即可，本次未規範診所端的滅菌鍋規格 ，以及是否有感染監測，如生物監視劑等。何謂符合感控流程：參考各家醫院的感控規範。 |
| 【加分項目，至多5分】其他設備：(詳列附件三)(1)超音波潔牙設備 \_\_\_\_\_\_\_台(2)可見光聚合機 \_\_\_\_\_\_\_台(3)牙周治療器械組 \_\_\_\_\_\_\_組(4)牙體復形器械組\_\_\_\_\_\_\_組(5)根管治療器械組 \_\_\_\_\_\_\_組(6)拔牙器械組或口腔手術設備\_\_\_\_\_\_\_台 (7)高速手機\_\_\_\_\_\_\_台 (8)低速手機\_\_\_\_\_\_\_台 ＊(7)、(8)確實執行一人一機作業，達到感控管理標準 ＊訂定診間設備使用流程與分配說明。(詳列附件四)＊每週定期清點及維修設備，並製作紀錄。(依各機構規定附上佐證資料即可，詳列附件四) |
| **二、教學場所與設備** |
| 【必要條件】(1)牙科討論室 □有(討論空間必須能同時且至少容納4人，不能建置在牙科門診區域) □無 (2)單槍放映機(或相關設備，例如液晶電視) □有(至少1台) □無 (3)專業書籍(中英文) 種(詳列附件五) (4)牙科期刊(中英文) 本(詳列附件五) (5)電子期刊(中英文，且須可瀏覽全文) 種 (詳列附件五)  |
| **三、品質管制** |
| (1)告知同意書 □有 □無(2)提供病人病歷影本或摘要之步驟 □有 □無(3)訂定家庭牙科病患安全作業規範與執行方針 □有 □無(4)完整病歷記載 (a)病人基本資料 □有 □無 (b)醫療病例 □有 □無 (c)牙科病歷 □有 □無 (d)目前健康狀況 □有 □無 (e)硬組織及軟組織之初診紀錄 □有 □無 (f)治療計畫 □有 □無 (g)病程紀錄 □有 □無 (h)特別記載事項 □有 □無＊依據衛生福利部規定牙科醫療院所必須在牙科門診相關手術 (智齒翻瓣拔牙手術，牙周或是植牙手術)簽署同意書。＊第(1)-(4)點應於實地訪查時備查(5)完善感染控制措施：(a)感染控制手冊 □有 □無(b)洗手設備 □有 □無(c)面罩/手套/口罩/防護袍等防護措施□有 □無(d)醫療廢棄物處置 □有 □無(e)利器刺傷預防及處理流程 □有 □無✽感管手冊、設備查驗、處置機制及流程，實地訪視時需抽查✽醫院牙科有醫院評鑑確認感控是否合宜，評鑑時申請診所端的感染控制符合醫院評鑑要求。(6)放射線作業品質：(a)放射線機械設置、防護與操作符合相關法規□有 □無(b)定期維護保養、安全檢查手冊及紀錄 □有 □無 (c)放射線影像之資料紀錄與完善儲存管理 □有 □無 (d)放射線照射人員之教育且有紀錄 □有 □無✽設備查驗、維保安全手冊、處置機制及流程、影像儲存管理、輻射操作人員教育訓練紀錄應於實地訪查  時抽查。(7)危機管理應變：(含線上學習課程) (a) 家庭牙醫科診間危機事件(如火災、地震、病人突發病變與意外)應變計畫與作業手冊□有 □無(b) 家庭牙醫科成員參與醫療機構相關演習與訓練(至少每年一次) □有 □無(c) 家庭牙醫科成員參與討論及分析診間可能之風險危機與管理之紀錄 □有 □無✽應變計畫及手冊、演練記錄、風險維管紀錄等應於實地訪視時抽查。＊品質管制需書面文件資料佐證(附上各種類文件封面即可，請附於申請書後) (詳列附件六)＊第(5)-(7)點應於實地訪查時抽查✽首次申請機構必須完全準備以上(1)~(7)「品質管制及指定項目品質評估」之項目。 |

|  |
| --- |
| **貳、****家庭牙醫科教學師資與醫療人力【**總分100分，本項目佔25分**】** |
| 項目及評鑑標準 |
| **一、家庭牙醫科醫師 共 人** |
| 【必要條件：指導醫師至少“2專任”或“1專任2兼任】＊專任與兼任師資的定義是指取得部定家庭牙醫科專科醫師證書起算滿兩年(1)專任指導醫師 人，平均每周每人門診 小時(詳列附件七) ＊專任師資必須執登於家庭牙醫科，且專任師資定義:每周每人至少門診12小時以上＊家庭牙科負責醫師只能執登家庭牙醫科一科以上兩者皆須提供執業登記正反面影像或影本(2)兼任指導醫師 人，平均每周每人門診 小時(詳列附件八)＊應有聘書或在職證明(非該機構醫師則須報備支援於該機構家庭牙醫科)，並有排班門診表或其他資料證明每週每人門診或教學至少4小時以上。＊須檢視執登與報備支援的時數(3)專任專科醫師(非指導醫師) 人(詳列附件九) ✽非師資但已領有家牙專科醫師證書(4)兼任專科醫師(非指導醫師) 人(詳列附件九) ✽非師資但已領有家牙專科醫師證書(5)專任專科受訓醫師 人(詳列附件十；病患治療清單詳列附件十一)(6)單位自評每年最適合收訓受訓醫師人數( 新增) 人 |
| **二、家庭牙醫科輔助人員** **共 人** |
| 【必要條件：至少1名專任護理師】(1)專任護理師（士） 人＊請附護理師證書、護理師執業執照(詳列附件十二)✽檢視執業執照正本(實地訪查)與影本(書審)，實地訪查時本人須到場受訪(2)其他助理人員 人 |
| 【註】1. 落日條款：申請家庭牙醫科專科醫師訓練機構師資必須於114年7月1日達成兩位專任指導醫師要求
2. 專任與兼任指導醫師，須經本部認定之家庭牙醫科專科醫師二年以上者
3. 專科指導醫師至多可報備二家本部認定之專科醫師訓練機構從事新進醫師訓練。
4. 專任師資必須執登於家庭牙醫科，家庭牙醫科負責醫師“只能”執登家庭牙醫科一科，同時必須提供執業登記正反面影像或影本；專任師資定義:每週門診12小時以上。

 【註】自民國114年7月1日起專任指導師資必須有兩位，該機構才可延續教育訓練。1. 須檢視執登與報備支援的時數
2. 申請機構可以依據單位專任師資、牙科資源與場地，自評最適合收訓專科醫師住院醫師人數。
 |

|  |
| --- |
| **叁、****家庭牙醫科專科醫師訓練計畫及教學內容【**總分100分，本項目佔30分】 |
| 項目及評鑑標準 |
| **一、訓練計畫** |
| 【必要條件】(1)家庭牙醫科專科醫師訓練計畫 □有 □無(詳列附件十三)＊每家訓練機構必須有自己教育訓練計畫書＊須符合家庭牙醫科專科醫師訓練課程基準之規定＊應包含訓練期間、臨床訓練計劃及學術計劃＊以附件形式連同申請書送出 |
| **二、教學課程與學術活動** |
| (1)跨科協同整合治療(含預防牙醫學)：至少提出五例 □有 □無(詳列附件十四)(2)口腔黏膜疾病之診斷與照護或癌症治療病人口腔併發症之照護：至少提出五例 □有 □無 (詳列附件十五)(3)家庭牙醫科專科病例研討會：每月平均 小時 (須附上會議記錄：至少10場)(4)家庭牙醫科文獻討論會：每月平均 小時 (須附上會議記錄：至少10場)(5)家庭牙醫科專題討論會：每月平均 小時 (須附上會議記錄：至少10場)＊(3)+(4)+(5)每月至少8小時，並附上會議記錄＊(3)~(5)以附表列出過去一年各討論會主題及主持人；書面申請時請提交全部至少30場會議紀錄，其餘應保留於實地訪查時備查(詳列附件十六至十九)＊會議紀錄包括內容摘要、主持人、報告者、出席者、討論內容等紀錄 (詳列附件二十至二十一)＊會議記錄(例如：教學課程、活動簽到單、教學/討論會紀錄)若是以機構既有的格式附上，請務必具備學會表格的欄位資訊 (詳列附件二十至附件二十一)(6)家庭牙醫科(含受訓醫師)每四年必須投稿一篇文章於委託學會雜誌 □有 □無 (詳列附件二十二)(7)家庭牙醫科(含受訓醫師)應每兩年參與委託學會大會，且至少一篇以第一作者發表論文或病例報告，並以壁報(海報貼示)或桌面示範呈現 □有 □無 (詳列附件二十二)(8)受訓醫師完訓後申請家庭牙醫科初審，必須在受訓期間投稿一篇期刊於『家庭牙醫學相關期刊』□有 □無 (詳列附件二十二)✽(6)~(7)：四年內受訓醫師投稿也算機構投稿✽若於SCI或家庭牙醫學會期刊刊登文章，予以加分，一篇2分，至多5分✽預計未來 (8)受訓醫師完訓後申請家庭牙醫科初審之必要條件『於受訓期間須投稿一篇期刊於家庭牙醫學相關期刊』，並享有筆試加分 |
| **三、家庭牙醫科未來計畫與展望**(詳列附件二十三) |
| **肆、****家庭牙醫科受訓醫師管理與病例資料管理【**總分100分，本項目佔20分】 |
| 項目及評鑑標準 |
| 1. **家庭牙醫科內相關資料與管理**
 |
| (1)病例審查 □有 □無(2)學習護照 □有 □無(3)X光片影像建檔 □有 □無(4)文獻發表 □有 □無(5)受訓醫師訓練課程學習評核表 □有 □無(6)其他 □有 □無＊(1)~(6) 請準備資料於實地訪查時備查＊實地訪查時將抽查100例病例＊(1)和(3)書面與實地訪查必審，單位或機構必須為受訓醫師準備病例案例資料夾，不限書面或電子檔，有收受訓醫師之機構必須於書面資料與實地訪視時提供佐證資料＊(2)書面與實地訪查必審：各機構必須準備自己的學習護照(不限書面或電子檔)，有收受訓醫師之機構必須於書面資料與實地訪視時提供佐證資料＊(4)~(6) 請準備資料於實地訪查時備查，(4)必須準備相關投稿期刊(不限書面或紙本)✽若無受訓醫師，仍須準備上述資料(表格)以備查 |
| **二、受訓醫師管理** |
| (1)家庭牙醫科是否有受訓醫師 □有 □無(詳列附件十)＊須執業登記於家庭牙醫科，並請檢附執業執照正反面影本、門診表佐證。(全時至少每周六個半天、非全時至少每週三個半天)(2)受訓醫師於受訓期間內是否有參與委託學會大會(家庭牙醫學會大會)，且至少一篇以第一作者發表論文或病例報告，並以壁報(海報貼示)或桌面示範呈現 □有 □無 (詳列附件二十二)(3)受訓醫師於受訓期間內或申請專科醫師初審前，是否有以第一作者投稿委託學會雜誌(中華民國家庭牙醫學雜誌)、牙科相關且符合教學醫院評鑑認可之期刊或國內外 SCI 列名之學術期刊。□有 □無(詳列附件二十二)(4)受訓醫師是否有製作病患治療清單□有 □無(詳列附件十一) |

**註1：必要條件若無法符合，該分項即得0分**

**註2：評分結果以75分（含）為及格分數，且四大分項分數不能為0分。**

**註3：若有收訓受訓學員，總分加5分**

**附件一** **請列舉近一年家庭牙醫科100例治療病患清單**

 病例類型：1.跨科協同治療 2.口腔黏膜疾病之診斷與照護 3.癌症治療病人口腔併發症之照護

 4.系統性疾病 5.單一科別 6.口腔衛生保健

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **病患姓名** | **年齡** | **病歷號碼** | **病例類型** | **治療開始日** | **治療結束日** |
| **01** | **王X明** | **39** | **12355xxx** | **1、3** | **111/2/6** | **112/4/5** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 (若篇幅不足請自行列表繕寫)

✽實地訪視時委員必須依據各機構的申請書，親自抽查機構電腦病歷是否有相關案例資料

**附件二牙科部診間平面配置圖 (需清晰可辨，並明確標出家庭牙醫科專屬治療區)**

(保留影像JPG檔 )

## **附件三醫療設施及設備(保留圖片電子檔上傳)**

|  |
| --- |
| ◎醫療設備(未標示者請自行補入) |
| 項 目 | 細目 | 簡述 | 數量 | 照片佐證 |
| X-光攝影設備 | Periapical | □有 □無 |  |  |
| panography | □有 □無 |  |  |
| Cephalometric | □有 □無 |  |  |
| CBCT | □有 □無 |  |  |
| 臨床照相設備 |  | □有 □無 |  |  |
| 其他設備 | 超音波潔牙設備 | □有 □無 |  |  |
|  | 可見光聚合機 | □有 □無 |  |  |
|  | 牙周治療器械組 | □有 □無 |  |  |
|  | 牙體復形器械組 | □有 □無 |  |  |
|  | 根管治療器械組 | □有 □無 |  |  |
|  | 拔牙器械組或口腔手術設備 | □有 □無 |  |  |
|  | 高速手機 | □有 □無 |  |  |
|  | 低速手機 | □有 □無 |  |  |
|  | 感染控制滅菌設備 | □有 □無 |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

## **附件四**

## **診間設備使用流程與分配說明**

## **每週定期清點及維修設備，並製作紀錄(依各機構規定附上佐證資料即可)**

**附件五 教學場所與設備**

現有家庭牙醫學相關圖書資源:

專業書籍(中英文) 種

牙科期刊(中英文) 本

電子期刊(中英文，且須可瀏覽全文) 種

 **◎專業書籍：(以最新年份為主，至少列3本)**

|  |
| --- |
| 書籍名稱： |
| 出版年份： | 出版公司名稱： |
| 書籍名稱: |
| 出版年份： | 出版公司名稱： |
| 書籍名稱： |
| 出版年份： | 出版公司名稱： |

 **◎牙科期刊：( 期刊類至少列3種，其中國外期刊2種，國內1種)**

|  |
| --- |
| 期刊名稱： |
| 出版年份： | 出版公司名稱： |
| 期刊名稱: |
| 出版年份： | 出版公司名稱： |
| 期刊名稱： |
| 出版年份： | 出版公司名稱： |

＊以上三種圖書資源請於實地訪查時呈現

**附件六品質管制相關文件佐證資料：(1)~(7)項請按照順序排列**

1. 告知同意書
2. 提供病人病歷影本或摘要之步驟
3. 訂定家庭牙科病患安全作業規範與執行方針
4. 完整病歷記載
5. 完善感染控制措施
6. 放射線作業品質
7. 危機管理應變

## **附件七家庭牙醫科專任指導醫師**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **取得“部定”家牙****專科醫師日期** | **部定專科醫師證書字號** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**家庭牙醫科專任指導醫師門診排班表(紅色字填寫為範例) 【門診班表：含約診至少12小時】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **時段** | **週一** | **週二** | **週三** | **週四** | **週五** | **週六** |
| **上午** | **15診 王小名****(4小時)****20診李大美****(4小時)** | **15診 王小名****(4小時)** | **15診 王小名****(4小時)****20診李大美****(4小時)** |  | **20診李大美****(4小時)** |  |
| **下午** |  | **20診李大美****(4小時)** |  | **15診李大美****(4小時)** |  |  |
| **夜間** | **15診 王小名****(4小時)** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **醫師姓名** | **每周看診次數** | **每周看診時數** |
| **王小名** | **4** | **16** |
| **李大美** | **5** | **20** |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

**牙科部主任： 簽章**

**家庭牙醫科負責人： 簽章**

**日 期：**

＊以上專任指導醫師請附上(1)在職證明

 (2)執業執照正反面

(3)部定專科醫師證書

＊以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、碳粉不足等情形，相關用印亦須完整顯示

**附件七家庭牙醫科專任指導醫師在職證明，共 位** (建議一頁(A4)最多放四位，若篇幅不足請自行新增列表、頁數)

|  |
| --- |
| **醫師在職證明** |
|  |  |
|  |  |

**附件七家庭牙醫科專任指導醫師執登電子檔，共 位** (建議一頁(A4)最多放四位，若篇幅不足請自行新增列表、頁數)

|  |  |
| --- | --- |
| **執登正面** | **執登反面** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**附件七家庭牙醫科專任指導醫師專科醫師證書電子檔，共 位**(建議一頁(A4)最多放四位，若篇幅不足請自行新增列表、頁數)

|  |
| --- |
| **取得部定之專科醫師證書** |
|  |  |
|  |  |

## **附件八家庭牙醫科兼任指導醫師**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **取得“部定”家牙****專科醫師日期** | **部定專科醫師證書字號** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**家庭牙醫科兼任指導醫師門診排班表(紅色字填寫為範例)** 【門診班表：每周門診或教學4小時以上】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **時段** | **週一** | **週二** | **週三** | **週四** | **週五** | **週六** |
| **上午** | **25診 黃大貴****門診(4小時)** |  |  | **40診朱小紅****教學(2小時)** |  |  |
| **下午** |  |  | **25診 黃大貴****教學(2小時)** |  | **40診朱小紅****門診(4小時)** |  |
| **夜間** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **醫師姓名** | **每周門診時數** | **每周教學時數** | **每周門診或教學總時數** |
| **黃大貴** | **4** | **2** | **6** |
| **朱小紅** | **4** | **2** | **20** |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

**牙科部主任： 簽章**

**家庭牙醫科負責人： 簽章**

**日 期：**

＊以上兼任指導醫師請附上(1)聘書或在職證明

 (2)報備支援家庭牙醫科核准文號或報備資料(若非執登於該機構)

 (3)部定專科醫師證書

(以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、碳粉不足等情形，相關用印亦須完整顯示)

**附件八家庭牙醫科兼任指導醫師與專科醫師證書**

**專科醫師證書電子檔，共 位**(建議一頁(A4)最多放四位，若篇幅不足請自行新增列表、頁數)

|  |
| --- |
| **取得部定之專科醫師證書** |
|  |  |
|  |  |

**附件八在職證明電子檔(或聘書) ，共 位**(建議一頁(A4)最多放四位，若篇幅不足請自行新增列表、頁數)

|  |
| --- |
| **在職證明電子檔(或聘書)** |
|  |  |
|  |  |

## **附件八報備支援於家庭牙醫科佐證資料(若未執登在該機構，需準備報備支援資料) (**若篇幅不足請自行新增)

|  |
| --- |
| **報備支援家庭牙醫科佐證資料** |
|  |
|  |

## **附件九家庭牙醫科專任/兼任專科醫師，共 位**

 **(此項目指“無”執登於家庭牙醫科之醫師，“非”指導醫師)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **專任/兼任** | **取得“部定”家牙****專科醫師日期** | **部定專科醫師證書字號** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

✽說明：非師資但已領有家牙專科醫師證書

## **附件十家庭牙醫科專任(全時)專科受訓醫師**

##  **(非PGY醫師，須執登在訓練機構家庭牙科)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受訓醫師 |  | 指導醫師 |  |
| PGY受訓機構 |  | PGY完訓日期 |  |
| 專訓開訓日期 |  | 專訓預計結束日期 |  |
| 執登家庭牙醫科起始日期 |  | 受訓類別(請勾選)  | □全時二年 |
| □非全時三年，請填寫下一個欄位 |
| 非全時受訓醫師之報備支援時段 | (須報備於家庭牙醫科) |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

**家庭牙醫科受訓醫師門診排班表** (全時至少每周六個半天、非全時至少每週三個半天)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **時段** | **週一** | **週二** | **週三** | **週四** | **週五** | **週六** |
| **上午** |  |  |  |  |  |  |
| **下午** |  |  |  |  |  |  |
| **夜間** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **醫師姓名** | **每周看診時數** |
|  |  |
|  |  |

**牙科部主任： 簽章**

**家庭牙醫科負責人： 簽章**

**日 期：**

＊以上家庭牙醫科專科受訓醫師請附上(1)PGY結訓證明 (2)執業執照正反面 (3)病患治療清單(詳列附件十一) (以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、碳粉不足等情形，相關用印亦須完整顯示)

**附件十家庭牙醫科專任專科受訓醫師****PGY結訓證明**

**PGY結訓證明，共 位**(建議一頁(A4)最多放四位，若篇幅不足自行新增)

|  |
| --- |
| **專任專科受訓醫師PGY結訓證明** |
|  |  |
|  |  |

**附件十家庭牙醫科專任(全時)專科受訓醫師執登資料 (全時須執登於家庭牙醫科)**

**執登電子檔，共 位**(建議一頁(A4)最多放四位，若篇幅不足請自行新增列表、頁數)

|  |  |
| --- | --- |
| **執登正面** | **執登反面** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**附件十家庭牙醫科兼任(非全時)專科受訓醫師報備支援於家庭牙醫科佐證資料 (非全時需提供報備支援於家庭牙醫科資料)**

|  |
| --- |
|  |
|  |

## **附件十一家庭牙醫科受訓醫師病患治療清單(受訓醫師填寫個人病例)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導****醫師** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

## **附件十二護理師執業執照執登電子檔，共 位**

## **(護理師(士)至少一名，必須為醫院或診所專任人員查驗執業執照與證書)**

|  |  |
| --- | --- |
| **執登正面** | **執登反面** |
|  |  |
|  |  |

**附件十二護理師證書，共 位**

|  |
| --- |
| **護理師證書** |
|  |   |

## **附件十三家庭牙醫科專科醫師訓練計畫**

## **(訓練計畫書撰寫務必參考衛生福利部公告的家庭牙醫科訓練課程基準，機構送申請時，訓練計畫書以附件方式連同申請書一併送出。)附件十四家庭牙醫科醫師病患治療清單(機構家庭牙醫科填寫)**

 (一)跨科協同整合治療(含預防牙醫學)：共 例。(至少提出五例)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導****醫師** | **備註** |
| 1 | (範例)張xx | 80xxx81 | 1. 16 26 36 deep fissures2. 46 M-O dental caries3. 35 45 Central cusp | 1. 16 26 36 pit and fussure sealant2. 46 M-O composite resin filling3. 35 45 GIC protection | Dr.xxx | 牙體復形預防牙醫學牙髓病 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

 (若篇幅不足請自行列表繕寫)

## **附件十五家庭牙醫科醫師病患治療清單(機構家庭牙醫科填寫)**

 (二)口腔黏膜疾病之診斷與照護或癌症治療病人口腔併發症之照護：

共 例。(至少提出五例)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導****醫師** | **備註** |
| 1 | (範例)陳xx | 27xxx5 | Two MRONJ sites with multiple fistula and necrotic bone exposure over left mandible and right maxilla after monthly Denosumab therapy for breast cancer with skeletal metastasis | 1. 給予抗骨吸收藥物之口腔衛教單
2. 提報藥物不良反應
3. Suggest stopping denosumab and notify her oncology doctor
4. Local irrigation and medication to relieve the s/s of MRONJ first. Wait a proper time for debridement
 | Dr.xxx | 口診口外腫瘤科 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

 (若篇幅不足請自行列表繕寫)

**附件十六教學課程**(請附授課課程表，含授課時間及老師或討論會記錄)

 **(一) 家庭牙醫：一般牙醫學診斷及治療訓練課**，共 小時。

 (包含口腔黏膜疾病之診斷與照護或癌症治療病人口腔併發症之照護)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **課程日期** | **課程時間** | **主題** | **主講者** | **座長** | **上課時數** |
| (範例)111/10/06 | 07:30-08:30 | 兒童牙科急診之處置原則 | Dr.xxx | Dr.xxx | 1 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

## **附件十七教學課程** (請附授課課程表，含授課時間及老師或討論會記錄)

 **(二)協同診斷及治療訓練課程，**共 小時。

 (家庭牙醫協同以下學科：牙髓病或牙周病或牙體復形或贋復補綴或預防牙醫學)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **課程日期** | **課程時間** | **主題** | **主講者** | **座長** | **上課時數** |
| (範例)111/08/11 | 07:30-08:30 | 跨科病例討論會 （家牙,牙周病科,贋復補綴科） | R4xxxR3xxx | Dr.xxx | 1 |
| (範例)111/09/08 | 07:30-08:30 | 放射線治療後之牙科照護（家牙,口外,腫瘤科） | Dr.xxx | Dr.xxx | 1 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 (若篇幅不足請自行列表繕寫)

## **附件十八教學課程** (請附授課課程表，含授課時間及老師或討論會記錄)

 **(三)家庭牙醫學養成訓練，**共 小時。

 (包含急症或併發症處理、專科書籍與雜誌研讀、參與臨床或基礎研究、參與政府相關公共

衛生計畫或偏鄉巡迴醫療服務案、參與在宅醫療、身心障礙福利機構、特教學校或老人福

利機構、早療機構相關計劃案）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **課程日期** | **課程時間** | **主題** | **主講者** | **座長** | **上課時數** |
| (範例)111/07/15 | 08:00-09:00 | 系統性疾病的認識評估及實作 | Dr.xxx | Dr.xxx | 1 |
| (範例)111/08/16 | 17:00-18:00 | 急性牙髓炎之診斷與處置 | Dr.xxx | Dr.xxx | 1 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 (若篇幅不足請自行列表繕寫)

## **附件十九教學活動**(請附授課課程表，含授課時間及老師或討論會記錄)

**家庭牙醫科專科病例研討會、家庭牙醫科文獻討論會、家庭牙醫科專題討論會**

（合併時數每月至少八小時），共 小時。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **課程日期** | **課程時間** | **主題** | **主講者** | **座長** | **上課時數** |
| (範例)110/07/15 | 17:00-18:00 | Cardiovascular disease and dental treatment | Dr.xxx | Dr.xxx | 1 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

# **附件二十教學課程/活動簽到單**

|  |
| --- |
| 課程名稱: |
| 課程日期: | 課程時間: | 上課時數： |
| 課程地點: |
| 主講者 |  | 座長 |  |
| 出席簽到： |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 (若篇幅不足請自行列表繕寫)

## **附件二十一教學/討論會記錄：**

|  |
| --- |
| 課程名稱: |
| 課程日期: | 課程時間: | 上課時數: |
| 課程地點: |
| 主講者: | 座長: |
| 研討摘要:(教材: □有-如附件, □ 無) |
| 討論內容: |

家庭牙醫科主任: 家庭牙醫科負責人: 記錄:

## **附件二十二家庭牙醫科醫師(含受訓醫師)投稿佐證資料(大會論文貼示、委託學會雜誌等)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **發表****日期** | **題目** | **第一作者** | **期刊名稱或活動名稱** | **投稿身分****(家牙科醫師或受訓醫師)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

＊以上請檢附投稿證明

## **附件二十三家庭牙醫科未來展望及計畫**

|  |  |
| --- | --- |
| **未來展 望** |  |
| **計畫** |  |

牙科部主任: 家庭牙醫科主任: 訓練機構負責人:

# **113年度家庭牙醫科申請專科醫師訓練機構書面資料檢核表**

# **(印製紙本時請放在最後一頁，並請單獨WORD電子檔給本會，以利審查委員審查)**

# **機構名稱：**

| **編號** | **項目** | **機構自評(請打v)** | **委員審查****(請打v)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **通過** | **補件** | **不通過** |
| **壹、訓練機構條件** |
| **一、醫療業務與醫療設施及設備** | (1)家庭牙醫科至少一百個病例清單(附件一) |  |  |  |  |
| (2)家庭牙醫科診間平面配置圖(附件二) |  |  |  |  |
| (3)相關醫療設施及器械設備(附件三) |  |  |  |  |
| (4)診間設備使用流程與分配說明(附件四) |  |  |  |  |
| (5)每週定期清點及維修設備，並製作紀錄(附件四) |  |  |  |  |
| **二、教學場所與設備** | (6)家庭牙醫科專業書籍列表(附件五) |  |  |  |  |
| **三、品質管制** | (7)品質管制相關文件佐證資料(附件六) |  |  |  |  |
| **貳、家庭牙醫科教學師資與醫療人力** |
| **一、家庭牙醫科醫師** | (1)專任指導醫師列表及相關佐證資料(附件七) |  |  |  |  |
| (2)兼任指導醫師列表及相關佐證資料(附件八) |  |  |  |  |
| (3)專任與兼任專科醫師(非指導醫師)列表(附件九) |  |  |  |  |
| 若無受訓醫師，申請書與受訓醫師相關之附件及機構自評欄位請填寫“無” |
| (4)專任專科受訓醫師(附件十) |  |  |  |  |
| (5)受訓醫師病患治療清單(附件十一) |  |  |  |  |
| **二、輔助人員** | 專任護理師之護理師證照與執業執照(附件十二) |  |  |  |  |
| **叁、家庭牙醫科專科醫師訓練計畫及教學內容** |
| **一、訓練計畫****、教學課程與學術活動** | (1)家庭牙醫科專科醫師訓練計畫(附件十三) |  |  |  |  |
| (2)跨科協同整合治療清單(附件十四) |  |  |  |  |
| (3)口腔黏膜之診斷與照護(附件十五) |  |  |  |  |
| (4)近一年討論會列表(附件十六至十九) |  |  |  |  |
| (5)至少10場跨科會議紀錄與出席簽到單(附件二十至二十一) |  |  |  |  |
| (6)家庭牙醫科(含受訓醫師)投稿佐證資料(附件二十二) |  |  |  |  |
| (7)家庭牙醫科未來展望與計畫(附件二十三) |  |  |  |  |
| **肆、家庭牙醫科受訓醫師管理與病例資料管理** |
| **一、家庭牙醫科內相關資料與管理** | (1)病例審查(2)學習護照(3)X光片影像建檔(4)文獻發表 (5)受訓醫師訓練課程學習評核表(6)其他(1)~(6)請準備資料於實地訪查時備查＊實地訪查時將從100例裡抽查病例 |  |  |  |  |
| **二、受訓醫師管理** | (1)專任專科受訓醫師(附件十)(2)受訓醫師投稿佐證資料(附件二十二)(3)受訓醫師病患治療清單(附件十一) |  |  |  |  |
| **審核結果** | **(委員填寫)****□書面通過，將安排訪視 □補件後通過 □書面不通過** |
| **綜合審核意見** | **(委員填寫)** |

**審核委員簽名：**

**日 期：**