**家庭牙醫科受訓醫師病患治療清單(學員版)**

|  |  |
| --- | --- |
| 訓練機構名稱 |  |
| 受訓醫師姓名 |  |
| 職稱 |  |
| 受訓起日 |  |

茲填具「家庭牙醫科受訓醫師病患治療清單」各項資料並檢附相關文件，惠請予以評鑑為荷

家庭牙醫科主任/負責人： 簽章

【註】以下清單所有的治療項目都必須說明牙位及處置位置

1. **家庭牙醫之一般牙醫學診斷及治療**

（一）跨二科整合性治療之病患：至少5 例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

（二）跨三科整合性治療之病患：至少2 例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

（三）系統性疾病或特殊需求者之病患:：至少3例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

1. **家庭牙醫與牙髓病協同診斷及治療**

應至少完成下列各種治療病例數:

(一)前牙根管治療：5例 (二)小臼齒根管治療：5例

(三)大臼齒根管治療：2例 (四)前牙或後牙使用鎳鈦器械根管治療之案例：2例

(五)根管再治療之案例：1例 (六)牙髓合併牙周案例：1例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

1. **家庭牙醫與牙周病協同診斷及治療**

應至少完成下列各種治療病例數:

(ㄧ)口腔衛教：3例

(二)牙周病基礎治療:全口洗牙併同牙齦下刮除術(含牙根整平術)：2例

(三)牙周手術：包括牙周翻瓣手術、牙齦切除術、牙周再生手術、牙冠增長術，合計共2例 (四)牙齒創傷案例或牙周與牙髓合併病灶案例：1例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

1. **家庭牙醫與牙體復型協同診斷及治療**

應至少完成下列各種治療病例數:

(ㄧ) inlay/onlay：2例 (二)複雜窩洞充填(三面以上)：10例

(三)牙齒漂白：1例 (四)空間關閉(直接法或間接法)：1例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

1. **家庭牙醫與贋復補綴協同診斷及治療**

應至少完成下列各種治療病例數:

(ㄧ)單一牙冠：2例(至少前牙一例、後牙一例)

(二)牙橋：2例3 units含以上(至少前牙一例、後牙一例)

(三)可撤式局部義齒或可撤式全口義齒：2例

(四)合併補綴和其他至少二專科間之協同治療病例：2例

(五)顱顎關節障礙症相關案例：1例

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

1. **家庭牙醫與口腔黏膜疾病之診斷與照護**

應至少完成下列(一)至(五)其中一例且具完整病歷記載：

(ㄧ)異常口腔黏膜疾病 (二)白色病灶(White lesion)

(三)囊疱性疾病 ( Vesiculobullous disease) (四)色素沉著病灶(Pigmented lesion)

(五)系統性疾病之口腔表徵(Oral aspects of systemic disease)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

1. **癌症治療病人口腔併發症之家庭牙醫照護**

應至少完成以下1例治療病例且具完整病例記載：

頭頸部癌症病患術後、放射線治療前後口腔照護、

藥物性顎骨壞死( Medication related osteonecrosis of jaws, MRONJ)、口乾症之診治

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

1. **家庭牙醫與預防牙醫協同診斷與治療**

應至少完成以下各種治療案例數：

(ㄧ)牙菌斑控制之個案照護：焦點團體至少一案、單一個案至少四案

(二)氟化物臨床操作：幼稚園塗氟一案或臨床個案照護二案

(三)潔牙訓練之焦點團體照護：一案

(四)口腔衛教計畫或執行成果：一案。

＊上述焦點團體個案，應提出口腔衛教計畫或執行成果，計畫書內容包括計畫擬定、衛教訓練內容、執行成果等。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **牙菌斑控制之個案照護（單一個案）**  **氟化物臨床操作（臨床個案）** | | | | | | |
| **No.** | **病患姓名** | **病歷號碼** | **診斷** | **治療項目** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氟化物臨床操作（幼稚園塗氟）** | | | | | |
| **No.** | **執行日期** | **學校名稱** | **學童人數** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

|  |
| --- |
| **牙菌斑控制之個案照護（焦點團體）** |
| **計畫執行背景** |
| **衛教訓練內容** |
| **執行成果** |
| **潔牙訓練之焦點團體照護** |
| **計畫執行背景** |
| **衛教訓練內容** |
| **執行成果** |

1. **家庭牙醫養成訓練**

應至少完成以下養成訓練案例數：

(ㄧ)參與政府相關計畫(如全國口腔健康調查計畫、牙科公共衛生服務、偏鄉巡迴牙科醫療服

務)：一案

(二)參與在宅醫療、身心障礙福利機構、特教學校或特教班、老人福利機構、早療機構相關計

畫：一案

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **政府相關計畫（如全國口腔健康調查計畫、牙科公共衛生服務、偏鄉巡迴牙科醫療服務）** | | | | | | |
| **No.** | **計畫名稱** | **執行日期** | **擔任角色** | **執行內容** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **參與在宅醫療、身心障礙福利機構、特教學校或特教班、老人福利機構、早療機構相關計畫** | | | | | | |
| **No.** | **計畫名稱** | **執行日期** | **擔任角色** | **執行內容** | **指導醫師簽章** | **備註** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

(若篇幅不足請自行列表繕寫)