

115 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」計畫

- 一、衛生福利部（以下稱本部）依據「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」第八條至第十條，與「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定基準」，特制定本計畫。
- 二、緣起：因應人口結構改變，年長者、失能者及特殊需求者較具複雜性之口腔疾病，逐年增多，顯見特殊需求者口腔醫學科（以下稱特需）專科醫師甄審及訓練迫切之需求，爰辦理特需專科醫師甄審及訓練機構認定作業，由本部籌組甄審專家小組，並委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下稱醫策會）辦理。
- 三、目的：為改善專科醫師訓練環境，提升住院醫師訓練品質，落實專科醫師訓練容額管制，均衡各專科人力，健全專科醫師訓練制度，以培育特需醫療領域人才。
- 四、申請資格：
- （一）新申請認定之醫療機構。
- （二）於資格效期內之特需專科醫師訓練機構。
- 五、申請方式：
- （一）申請期間自 114 年 7 月 7 日起至 7 月 31 日止。
- （二）申請時應檢備下列文件：

項次	檢備文件	新申請或 3 年內未收 訓之機構	3 年內 有收訓之 機構	備註
1	特需專科醫師訓練機構認定檢核表（新申請或 3 年內未收訓）	✓		使用附件 1。
2	特需專科醫師訓練機構認定檢核表（3 年內有收訓）		✓	使用附件 2。
3	特需專科醫師訓練機構認定申請書（新申請機構）	✓		使用附件 3。
4	特需專科醫師訓練機構認定申請書（效期內複查）		✓	使用附件 4。
5	建議事項執行成果一覽表	✓	✓	使用附件 5（新申請機構免附）。
6	115 年度「特需專科醫師訓練機構認定」標準自評及執行情形	✓	✓	使用附件 6 Excel 檔，填寫自評結果及執行情形。
7	200 人次病例清單（新申請機構） ^{註 1}	✓ （新申請之機構）		使用附件 6-1 Excel 檔，前 100 例限定為身心障礙者，且八類至少包含三類；餘四類需至少包含二類。

項次	檢備文件	新申請或 3 年內未收 訓之機構	3 年內 有收訓之 機構	備註
8	200 人次病例清單（效期內複查） ^{註 1}	✓ (3 年內未收訓之機構)	✓	使用附件 6-2 Excel 檔，前 100 例限定為身心障礙者，且八類至少包含三類；餘四類需至少包含二類。
9	醫療設施及設備佐證資料	✓	✓	使用附件 6-3。
10	專任及兼任指導醫師清冊	✓	✓	使用附件 6-4，佐證名單、護理師（士）證書及執業執照證書等正本彩色掃描檔案。
11	品質管制及指定項目品質評估調查相關佐證資料	✓	✓	使用附件 6-5。
12	專任指導醫師門診（或教學門診）排班表及相關證明	✓	✓	使用附件 6-6，佐證門診（或教學門診）排班表、在職證明、醫師執業執照及專科醫師證書等正本彩色掃描檔案。
13	兼任指導醫師門診（或教學門診）排班表及相關證明	✓	✓	使用附件 6-7，佐證門診（或教學門診）排班表、在職證明、醫師執業執照、專科醫師證書及報備支援報准資料等正本彩色掃描檔案。
14	教學場所照片	✓	✓	使用附件 6-8。
15	專業書籍及期刊清單	✓	✓	使用附件 6-9。
16	年度課程清單（亦可檢附原機構規劃之教學課程及教學計畫書）	✓	✓	使用附件 6-10。
17	新進醫師訓練規劃資料（新申請或 3 年內未收訓） ^{註 1}	✓		使用附件 6-11 Excel 檔，佐證符合教學課程第一年及第二年提及各款病例要求各一例，並由指導醫師簡述教學目標。
18	新進醫師訓練相關資料（3 年內有收訓） ^{註 1}		✓	使用附件 6-12 Excel 檔，佐證訓練第一年及第二年於教學中所要求在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之病例清單及第二年在指

項次	檢備文件	新申請或 3 年內未收 訓之機構	3 年內 有收訓之 機構	備註
				導醫師督導下，全程親自參與並完成治療之完整病例及紀錄 ^{註2} 。
19	年度教學活動清單	✓	✓	使用附件 6-13。
20	社會服務活動成果紀錄(含照片)	✓	✓	使用附件 6-14。
21	新進醫師訓練情形調查		✓	使用附件 7。
22	新進醫師門診排班表		✓	使用附件 8。

註：

- 1.病人資料須去識別化，以確保其健康資訊揭露及保護病人隱私權。
- 2.完整病例及紀錄中之病人資料、指導醫師、轉診醫師及病例中其他受訓醫師皆須去識別化。

(三)請於申請期限內，檢齊前開文件電子檔並依照以下檔案格式，於 114 年 7 月 31 日下午 5 時前以電子郵件方式寄予本部委託單位(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，dendr@jct.org.tw)，逾期不受理。

- 1.項次 1-5、9-16、19-22 請依序以 Word 格式整併成一個檔案提供。
- 2.項次 6-8、17-18 請以 Excel 格式提供。
- 3.項次 18 之新進醫師於第二年在指導醫師督導下，全程親自參與並完成治療之完整病例及紀錄，請依據項次 18 之病例清單排序，並以 PDF 格式提供。
- 4.前述檔案名稱請依序設定為「編號-115 年度特需專科醫師訓練機構認定申請書(新申請機構/效期內複查)-機構代碼-機構名稱(全銜)」。

(四)如有相關文件未備齊，將由醫策會另以電話及電子郵件通知，請於補件通知次日起 3 個工作日內完成補件，逾期不受理。

(五)如經補件後文件仍不齊或不符申請規定事項者，即認定為不符申請要件，其責任概由機構自行負責。

六、審核方式：

(一)屬申請資格第一款者須接受書面審查及實地訪查；屬申請資格第二款者以接受書面審查為主，惟依據書面審查結果，必要時得進行實地訪查。

(二)書面審查及實地訪查內容：依據「特需專科醫師訓練機構認定標準」(如附件 6)辦理。

(三)書面審查：申請機構依照「特需專科醫師訓練機構認定標準」4 大項目(含訓練機構條件、教學師資、教學設備及教學內容)進行自我評量並檢附相關

佐證資料，由委員進行書面審查作業。

(四)實地訪查：

1.訪查時程：預計於 114 年 11 月辦理，於實地訪查前 1 個月，由醫策會函文通知受訪機構實地訪查日期。

2.實地訪查進程序如下：

進程序	時間分配	備註
一、會前會	20 分鐘	受訪機構人員請迴避。
二、委員及機構人員介紹	5 分鐘	請受訪機構代表及委員相互簡短致詞，並介紹主要陪評人員。
三、訓練機構簡報	15 分鐘	計畫主持人或教學負責人簡報。
四、計畫執行相關資料查閱與訪談： (一)實地訪查及資料查證 (二)主持人及指導醫師訪談 (三)新進醫師訪談及訓練成果評核	30-50 分鐘	1.依據「特需專科醫師訓練機構認定基準」及「特需專科醫師訓練課程基準」進行現場訪查。 2.書面資料審查。 3.新進醫師學習護照。 4.受訪機構安排面談場地及訓練佐證資料。 5.除受訪人員外，其餘人員請迴避。
五、委員整理資料	30 分鐘	受訪機構人員請迴避。
六、綜合討論 (一)訪查意見回饋 (二)機構說明或意見交換	20 分鐘	—
合計	100-120 分鐘	不含會前會時間。

3.實地訪查時間：100-120 分鐘。

4.委員人數安排：3 位。

(五)書面審查及實地訪查合格標準：

1.共分 4 大項目、28 個評量標準，評核方式區分為「符合」、「部分符合」及

「不符合」三等級。

- 2.「必要項目」為訓練機構應具備之必備條件，其該項目之「所有細項」皆須達符合，如 1 項（含）以上「必要項目」未達符合者，書面審查結果即為不通過；另，第壹項「訓練機構條件」之「一、醫療業務」評量未達符合者，得不分配容額。
- 3.合格標準及配分：評分結果以所有「必要項目」皆達「符合」，及配分項目加總 60 分為及格，各項配分項目所佔分數如下表：

項目類型	評量標準	配分
壹、訓練機構條件		
必要項目	一、醫療業務	—
必要項目	二、醫療設施及設備 (一) 專屬治療區	—
必要項目	(二) 專屬治療椅	—
必要項目	(三) 特殊需求者牙科臨床治療設備	—
必要項目	(四) 特殊需求者牙科臨床治療設備：消毒設備	—
必要項目	(五) 執行鎮靜或全身麻醉下之牙科治療設備	—
必要項目	(六) 鎮靜或全身麻醉恢復室或空間	—
必要項目	三、人員	—
配分項目	四、品質管制及指定項目品質評估調查 (一) 病人安全及醫療品質相關作業	10
配分項目	(二) 完整病歷記載	10
配分項目	(三) 特殊項目	10
貳、教學師資		
必要項目	一、科主任/訓練負責人	—
必要項目	二、指導醫師	—
必要項目	三、訓練員額	—
參、教學設備		
配分項目	一、教學場所	10
配分項目	二、教學設備	10
肆、教學內容		
必要項目	教學內容	—

項目類型	評量標準	配分
必要項目	一、教學課程 (一) 第一年基礎學科	—
必要項目	(二) 第一年臨床學科	—
配分項目	(三) 第一年受訓期間在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之各項病例要求。	15
配分項目	(四) 第一年社會服務	5
必要項目	(五) 第二年基礎學科	—
必要項目	(六) 第二年臨床學科	—
配分項目	(七) 必須提報(提報完整病例及紀錄)在指導醫師督導下，第二年全程親自參與治療完成。受訓期間在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之各項病例要求。	15
配分項目	二、教學活動	10
配分項目	三、社會服務	5
—	四、 偏鄉訓練機構	—

(六)書面審查及實地訪查結果：

- 1.經認定合格之新申請機構，核予3年之資格效期(自115年8月1日起至118年7月31日止)；經複查通過之效期內訓練機構，其資格效期維持3年；期滿須重新申請認定。
- 2.書面審查結果：列入下次特需專科醫師訓練機構認定之委員書面審查及實地訪查參考。
- 3.實地訪查結果：經甄審專家小組會議確認後，如需限期改善或複查者將另函通知，訪查結果經本部核定後公告之。訪查結果列入下次特需專科醫師訓練機構認定之委員書面審查及實地訪查參考。

(七)訓練容量需求及分配：訓練機構每年招收之新進醫師人數，以每1名特需專任指導醫師，每年得訓練1名新進醫師為原則，每增加1名新進醫師，需增加1名特需專任指導醫師或2名特需兼任指導醫師，惟兼任指導醫師不得超過專任指導醫師人數之2倍。另於離島、原住民族地區、本部公告之偏鄉及醫療資源缺乏地區之醫療機構，得以聯合訓練方式申請為特需專科醫師訓練機構，聯合訓練計畫由主訓練機構提出，內容應符合專科醫師訓練之要求。

主訓練機構之合作訓練機構不得超過 3 家；主訓練機構之訓練時數應佔總訓練時數百分之五十以上，並得分散在不同年度。

七、計畫執行配合事項：

- (一)資格效期內之訓練機構，依據本部核定之訓練員額，於實際收訓後 3 個月內須於醫事管理系統登錄該名新進醫師。
- (二)資格效期內之訓練機構，需於每年 8 月 31 日前以正式函文提報前一年度實際收訓之新進醫師名單予本部及醫策會。
- (三)資格效期內之訓練機構，應確實掌握指導醫師異動情形，如因異動致影響新進醫師訓練權益，應有後續輔導機制及新進醫師轉訓規劃，並提報予本部以保障新進醫師之訓練權益。

八、預期效益：藉由本計畫審定國內特殊需求者口腔醫學科訓練機構的品質與數量，並彈性調整城鄉訓練機構之任務功能。讓想追求特需專業知識與技能的牙醫師能有適當的管道接受訓練。最終培育出自主學習且具有同理心及專業素養的牙醫師，以提升臺灣醫療服務品質，照顧國民健康。

九、評值結果：資格效期內之訓練機構，經書面審查或實地訪查結果為不合格者，應有後續輔導機制及新進醫師轉訓規劃，並提報予本部以保障新進醫師之訓練權益。

十、注意事項：

(一)特需專科醫師訓練機構認定相關文件放置路徑如下：

- 1.本部官網：首頁/最新消息/公告訊息（網址：<https://www.mohw.gov.tw>）。
- 2.醫策會官網：醫學教育/牙醫專科醫師甄審及訓練機構認定作業/特殊需求者口腔醫學科（網址：<https://www.jct.org.tw>）。

(二)如對訓練機構認定申請及相關作業有疑問者，請致電醫策會：(02)89643000 分機 3008、3007、3006、3041。

十一、115 年度訓練機構認定作業時程如下表(本部得視申請情形進行調整)：

作業項目	期程	辦理單位
一、公告 115 年度訓練機構認定計畫	114 年 7 月上旬	本部、醫策會
二、受理 115 年度訓練機構認定申請作業	114 年 7 月 7 日至 114 年 7 月 31 日	醫策會、訓練機構
三、訓練機構認定申請說明會	114 年 7 月 21 日	醫策會、訓練機構

作業項目	期程	辦理單位
四、115 年度訓練機構認定書 面審查及補件作業	114 年 9 月 1 日至 114 年 9 月 19 日	醫策會、訓練機構
五、115 年度訓練機構認定實 地訪查作業	114 年 11 月 3 日至 114 年 11 月 14 日	醫策會、訓練機構
六、115 年度訓練機構認定結 果公告	114 年 12 月至 115 年 1 月	本部

115 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」 新申請機構或 3 年內未收訓新進醫師之訓練機構檢核表

對應項次	對應項目	檢備文件	機構自評 (符合請打✓)	行政審查	審查意見	審查依據
—	—	特殊需求者口腔醫學科（以下稱特需）專科醫師訓練機構認定申請書（新申請或 3 年內未收訓）（附件 3）		○是 ○否		
—	—	建議事項執行成果一覽表（附件 5）（新申請機構免附）		○是 ○否		
—	—	115 年度「特需專科醫師訓練機構認定」標準自評及執行情形 Excel 檔（附件 6）		○是 ○否		
壹、訓練機構條件						
一	醫療業務	使用附件 6-1 Excel 檔列出 200 人次病例清單(前 100 例限定為身心障礙者 ^{註1} ，且八類至少包含三類；餘四類需至少包含二類)		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第 1 點第 1 款至第 3 款。
二	醫療設施及設備	使用附件 6-3 依照專屬治療區、設施及設備順序，檢附臨床實景或平面配置圖與設施設備照片		○是 ○否		
三	人員	使用附件 6-4 檢附名單、護理師（士）證書及執業執照證書等正本彩色掃描檔案		○是 ○否		
四	品質管制及指定項目品質評估調查					特需專科醫師訓練機構認定基準第 1 點第 4 款。
四-1	病人安全及醫療品質相關作業	使用附件 6-5 檢附相關作業文件(含告知同意書、病人安全作業規範與執行方針等)		○是 ○否		
四-2	完整病歷記載	使用附件 6-5 檢附 1 份機構制式病歷 ^{註1}		○是 ○否		
四-3	特殊項目	使用附件 6-5 檢附相關作業文件(含感染控制手冊、利器刺傷預防及處理流程、放射線安全檢查手冊、危機事件應變計畫與作業手冊等)		○是 ○否		
貳、教學師資						
一	科主任/訓練負責人	同時應為專任指導醫師		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第 2 點第 1 款至第 3 款。
二	指導醫師	1.使用附件 6-6 檢附專任指導醫師門診（或教學門診）排班表（須加蓋機構或科部印章）、在職證明、醫師執業執照、專科醫師證書等正本彩色掃描檔案		○是 ○否		

對應項次	對應項目	檢備文件	機構自評 (符合請打✓)	行政審查	審查意見	審查依據
		2.使用附件 6-7 檢附兼任指導醫師門診(或教學門診)排班表(須加蓋機構或科部印章)、在職證明、醫師執業執照、專科醫師證書、衛生局報備支援報准資料等正本彩色掃描檔案				
參、教學設備						
一	教學場所	使用附件 6-8 檢附教學場所照片		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第3點第1款。
二	教學設備	使用附件 6-9 檢附專業書籍及期刊清單		○是 ○否		
肆、教學內容						
一	教學課程	使用附件 6-10 檢附訓練機構年度課程清單，表列第一年及第二年課程資料，亦可檢附原機構規劃之教學課程及教學計畫書		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第4點第1款及訓練課程基準。
		使用附件 6-11 Excel 檔檢附新進醫師訓練規劃資料，提供符合教學課程第一年及第二年提及各款病例要求各一例，並由指導醫師簡述教學目標		○是 ○否		
二	教學活動	使用附件 6-13 檢附年度教學活動清單		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第4點第2款及訓練課程基準。
三	社會服務	使用附件 6-14 檢附年度所進行之社會服務活動成果紀錄(含照片)		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第4點第3款。

註：

1.病人資料須去識別化，以確保其健康資訊揭露及保護病人隱私權。

2.新申請機構或3年內未收訓新進醫師之訓練機構須同時繳交本檢核表，並依序確認須檢附之各項文件，經機構簽核流程，以供醫策會審查使用。

承辦人簽章：_____

科主任 / 負責人簽章：_____

115 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」 3 年內有收訓新進醫師之訓練機構檢核表

對應項次	對應項目	檢備文件	機構自評 (符合請打✓)	行政審查	審查意見	審查依據
—	—	特殊需求者口腔醫學科(以下稱特需)專科醫師訓練機構認定申請書(3 年內有收訓)(附件 4)		○是 ○否		
—	—	建議事項執行成果一覽表(附件 5)		○是 ○否		
—	—	115 年度「特需專科醫師訓練機構認定」標準自評及執行情形 Excel 檔(附件 6)		○是 ○否		
壹、訓練機構條件						
一	醫療業務	使用附件 6-2 Excel 檔列出 200 人次病例清單(前 100 例限定為身心障礙者 ^{註1} ，且八類至少包含三類；餘四類需至少包含二類)		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第 1 點第 1 款至第 3 款。
二	醫療設施及設備	使用附件 6-3 依照專屬治療區、設施及設備順序，檢附臨床實景或平面配置圖與設施設備照片		○是 ○否		
三	人員	使用附件 6-4 檢附名單、護理師(士)證書及執業執照證書等正本彩色掃描檔案		○是 ○否		
四	品質管制及指定項目品質評估調查					特需專科醫師訓練機構認定基準第 1 點第 4 款。
四-1	病人安全及醫療品質相關作業	使用附件 6-5 檢附相關作業文件(含告知同意書、病人安全作業規範與執行方針等)		○是 ○否		
四-2	完整病歷記載	使用附件 6-5 檢附 1 份機構制式病歷 ^{註1}		○是 ○否		
四-3	特殊項目	使用附件 6-5 檢附相關作業文件(含感染控制手冊、利器刺傷預防及處理流程、放射線安全檢查手冊、危機事件應變計畫與作業手冊等)		○是 ○否		
貳、教學師資						
一	科主任/訓練負責人	同時應為專任指導醫師		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第 2 點第 1 款至第 3 款。
二	指導醫師	1.使用附件 6-6 檢附專任指導醫師門診(或教學門診)排班表(須加蓋機構或科部印章)、在職證明、醫師執業執照、專科醫師證書等正本彩色掃描檔案 2.使用附件 6-7 檢附兼任指導醫師門診(或教學門診)排班表		○是 ○否		

對應項次	對應項目	檢備文件	機構自評 (符合請打✓)	行政審查	審查意見	審查依據
		(須加蓋機構或科部印章)、在職證明、醫師執業執照、專科醫師證書、衛生局報備支援報准資料等正本彩色掃描檔案				
參、教學設備						
一	教學場所	使用附件 6-8 檢附教學場所照片		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第3點第1款。
二	教學設備	使用附件 6-9 檢附專業書籍及期刊清單		○是 ○否		
肆、教學內容						
一	教學課程	使用附件 6-10 檢附訓練機構年度課程清單，表列第一年及第二年課程資料，亦可檢附原機構規劃之教學課程及教學計畫書		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第4點第1款及訓練課程基準。
		使用附件 6-12 Excel 檔檢附新進醫師訓練相關資料 ^{註1} ，列出訓練第一年及第二年於教學中所要求在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之病例清單		○是 ○否		
		依據 6-12 病例清單依序檢附第二年在指導醫師督導下，全程親自參與並完成治療之完整病例及紀錄 ^{註2}		○是 ○否		
二	教學活動	使用附件 6-13 檢附年度教學活動清單。		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第4點第2款及訓練課程基準。
三	社會服務	使用附件 6-14 檢附年度所進行之社會服務活動成果紀錄（含照片）		○是 ○否		特需專科醫師訓練機構認定基準第4點第3款。
核定訓練容額						
—	—	新進醫師訓練情形調查		○是 ○否		
—	—	新進醫師門診排班表		○是 ○否		特需專科醫師訓練課程基準備註。

註：

- 1.病人資料須去識別化，以確保其健康資訊揭露及保護病人隱私權。
- 2.完整病例及紀錄中之病人資料、指導醫師、轉診醫師及病例中其他受訓醫師皆須去識別化。
- 3.3年內有收訓新進醫師之訓練機構須同時繳交本檢核表，並依序確認須檢附之各項文件，經機構簽核流程，以供醫策會審查使用。

承辦人簽章：_____

科主任 / 負責人簽章：_____

附件 3

115 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」 申請書（新申請機構）

訓練機構名稱	
牙科部 主任 / 負責人	
特需科訓練機構 主任 / 負責人	
聯絡人（職稱）	
電 話	
手 機	
電 子 信 箱	
地 址	

註：茲填具「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構」審查各項資料並檢附相關文件，惠請予以審查為荷。

牙科部主任 / 負責人： _____ 簽章

特需科主任 / 負責人： _____ 簽章

中 華 民 國 年 月 日

115 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」 申請書（效期內複查）

訓練機構名稱	
牙科部主任 / 負責人	
特需科訓練機構主任 / 負責人	
連絡人（職稱）	
電話	
手機	
電子信箱	
地址	
收訓情形	☐ 尚未收訓 ☐ 二年全時訓練，收訓年度：_____年（收訓_____名） ☐ 三年非全時訓練，收訓年度：_____年（收訓_____名）

註：

- 茲填具「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構」審查各項資料並檢附相關文件，惠請予以審查為荷。
- 表格如不敷使用，請自行增列。

牙科部主任 / 負責人：_____ 簽章

特需科主任 / 負責人：_____ 簽章

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

115 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」 建議事項執行成果一覽表

最近一次實地訪查年度：

最近一次書面訪查年度：

最近一次實地訪查建議改善事項		最近一次書面審查建議改善事項	執行狀況 (請勾選✓)			預定完成年月 (已完成免填)	目前執行情形 (或尚未執行理由)
項目	委員審查意見回饋	委員訪查意見回饋	已完成	執行中	未執行		
建議事項：							
綜合意見：							

115 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」標準 自評及執行情形

壹、訓練機構條件

一、醫療業務

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	訓練機構至少應能提供足夠課程訓練基準所需之各種不同類型之病例，足夠訓練專科醫師所需之臨床能力。		
註	本項未達符合，不得分配容額。		
建議 佐證 資料	新申請機構使用附件6-1「200人次病例清單」Excel檔；效期內複查之訓練機構使用附件6-2「200人次病例清單」Excel檔，列表佐證至少200人次病例： 1.前100例限定為身心障礙者（領有身心障礙手冊或證明）：八類至少包含三類，病例數須≥50%。 2.餘四類需至少包含二類： (1)醫院牙科：Medically compromised。 (2)老人牙醫學：65歲（含）以上。 (3)早期療育：0-6歲，且尚未拿到認定。 (4)長期照顧：長期照顧服務法內所稱身心失能者。		
執行 情形	本年度每月平均特殊需求者口腔醫學科就診人次：____人次。		

二、醫療設施及設備

（一）專屬治療區

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	專屬治療區，並符合無障礙設施設備設計標準。		
建議 佐證 資料	附件 6-3「醫療設施及設備佐證資料」，檢附臨床實景或平面配置圖與設施照片。		
執行 情形	特殊需求者專屬治療區：____坪。 1.候診區：○有 ○無 2.治療區：○有 ○無 3.衛教區：○有 ○無		

(二) 專屬治療椅

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	專屬治療椅至少二台。		
建議 佐證 資料	附件 6-3「醫療設施及設備佐證資料」，檢附設備照片。		
執行 情形	特殊需求者專屬治療椅：____台。		

(三) 特殊需求者牙科臨床治療設備

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	1.X光設備：拍攝根尖片、全景環口設備至少各一台，符合輻射安全規格之X光室，成像設備。 2.技工室。 3.束縛版（papoose board、pedi wrap或相關設備）。 4.張口器。 5.牙科治療所需儀器及器械。		
建議 佐證 資料	附件 6-3「醫療設施及設備佐證資料」，檢附設施及設備照片。		
執行 情形	1.X光設備： (1)牙根尖（periapical）：____台。 (2)全景環口攝影（panography）：____台。 2.其它治療設備： (1)技工室：○有 ○無 (2)張口器：____個 (3)束縛版（papoose board、pedi wrap 或相關設備）：____個 (4)牙科治療所需儀器及器械：		

(四) 特殊需求者牙科臨床治療設備：消毒設備

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	CSR中央供應室或高溫高壓滅菌鍋至少各一台。		
建議 佐證 資料	附件 6-3「醫療設施及設備佐證資料」，檢附設備照片。		

執行情形	1.高溫高壓滅菌鍋：____台。 2.其它設備：
------	-----------------------------

(五) 執行鎮靜或全身麻醉下之牙科治療設備

項目類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量標準	1.鎮靜或全身麻醉設備。 2.移動式牙科治療機組：至少一組。 3.移動式X光機：至少一台。 4.牙科器械櫃：至少一台。 5.高速抽吸機。 6.氧氣輸出設備。 7.生命徵象監控設備。 8.急救設備。 9.排氣系統（scavenging system）：達到需求。 10.恢復室。		
建議佐證資料	附件 6-3「醫療設施及設備佐證資料」，檢附設施及設備照片。		
執行情形	1.移動式牙科治療機組：____組。 2.移動式X光機：____台。 3.牙科器械櫃：____台。 4.高速抽吸機：____台。 5.氧氣輸出設備：____台。 6.生命徵象監控設備：____台。 7.急救設備：____台。		

(六) 鎮靜或全身麻醉恢復室或空間

項目類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量標準	1.血氧計（oximeter）：至少一台。 2.生理監控設備。 3.氧氣供應設備。 4.抽吸設備。 5.保暖設備。		
建議佐證資料	附件 6-3「醫療設施及設備佐證資料」，檢附設備照片。		
執行情形	1.血氧計：____台。 2.生理監控設備：____台。 3.氧氣供應設備：____台。		

	4.抽吸設備____台。
	5.保暖設備____台。

三、人員

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	1.訓練期間應聘有本部認定之特殊需求者口腔醫學科專任指導醫師二名以上，或專任指導醫師一名及兼任指導醫師二名以上。 2.專任護理師（士）至少一名。		
建議 佐證 資料	附件 6-4「專任及兼任指導醫師清冊」，佐證名單、護理師（士）證書及執業執照證書等正本彩色掃描檔案。		
執行 情形	1.專任指導醫師：____人。 2.兼任指導醫師：____人。 3.專任護理師（士）：____人。 4.助理員：____人。 5.技術員：____人。		

四、品質管制及指定項目品質評估調查

（一）病人安全及醫療品質相關作業

項目 類型	配分項目（10 分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量 標準	1.向病人說明病情及治療方式：治療前應以病人可理解之方式，詳細說明病情及治療方式。 2.訂定特殊需求者口腔醫學科病人安全作業規範及執行方針。 (1)病人安全負責人之任務、責任及權限。 (2)標準作業程序及安全工作規範。 (3)治療辨識正確無誤方式。 (4)醫療錯誤及事件發生時之通報系統及應變檢討機制。		
建議 佐證 資料	附件 6-5「品質管制及指定項目品質評估調查相關佐證資料」，檢附相關作業文件（含告知同意書、病人安全作業規範及執行方針等）。		

（二）完整病歷記載

項目 類型	配分項目（10 分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量 標準	1.病人基本資料：出生年月日、性別、年齡、身高、體重。 2.牙科病歷：主訴、過去之牙科治療及其行為反應、口腔衛生情況、口腔習慣、牙痛、夜間磨牙或顫顎關節疼痛之病史、牙齒創傷、合作程度。 3.牙科以外之醫療病歷：目前進行之任何治療及服藥情形，曾罹患之疾病、住院紀錄、過敏或藥物反應之病史，發育及行為問題之情形。		

	4.目前健康狀況：至少應於每半年回診時，檢討前次病歷以來之任何醫療，任何健康或服藥狀況之改變。 5.硬組織及軟組織之初診紀錄：顫顎關節之評估、咬合及口腔顏面發育、病態及異常（pathosis/anomalies）（口內及口外）、目前存在之牙齒、缺牙及多生牙、齲齒（含初期病灶）、現存之修復體（restoration）、口腔衛生照護指標。 6.治療計畫：應治療之牙齒、預期之牙髓治療，準備使用之修復材料、行為誘導、手術治療及過程、預防性治療、矯正治療、牙周疾病治療、膺復補綴治療及轉介給其他醫師之時機（可能之替代治療計畫）。 7.病程記錄（progress notes）：治療日期、治療之牙齒、治療過程、修復材料包括基底材（base），牙髓給藥（pulp medication）、醫療照顧、治療之併發症及預後、X光片之照射、局部麻醉、鎮靜或全身麻醉藥物之型式及濃度、其他藥物之投予、病人之行為、行為引導技巧、預防性治療及指示、口腔疾病治療、飲食建議、處方、父母（監護人或家屬）諮商、轉介其他專科醫師會診、急診處置、取消或缺席。 8.全程生理監控：術前評估、術中監控、術後安全管理及急救之全程生命跡象監控紀錄。
建議佐證資料	1.附件6-5「品質管制及指定項目品質評估調查相關佐證資料」，檢附一份機構制式病歷。 2.病歷相關資料：實地訪查時於原單位備查。

（三）特殊項目

項目類型	配分項目（10分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量標準	1.完善感染管制措施：制定感染控制手冊並定期修訂、充足洗手設備與數量、與血液（液體）接觸時，工作人員應依程度穿戴面罩、手套、口罩、防護袍或相關防護措施、醫療廢棄物依規定處置、利器刺傷預防及處理流程。 2.放射線作業品質： (1)放射線機械設置、防護及操作符合相關法規。 (2)依安全檢查手冊定期維護保養及製作紀錄。 (3)放射線影像判別之資料紀錄及完善儲存管理。 (4)放射線照射人員之教育及製作紀錄。 3.危機管理應變：訂定診間危機事件可能發生（如：火災、地震、病人突發病變及意外）之應變計畫及作業手冊、每年至少一次參加醫院之相關演習及訓練、特殊需求者口腔醫學科全員參與討論及分析診間可能發生危機之原因與預防之道，並有紀錄可供參閱。		
建議佐證資料	1.附件6-5「品質管制及指定項目品質評估調查相關佐證資料」，檢附相關作業文件（含感染控制手冊、利器刺傷預防及處理流程、放射線安全檢查手冊、危機事件應變計畫及作業手冊等）。 2.病歷相關資料：實地訪查時於原單位備查。		

貳、教學師資

一、科主任/訓練負責人

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	具有本部認定之特殊需求者口腔醫學科專科醫師。		
註	應為專任指導醫師。		

二、指導醫師

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	1.專任指導醫師：經本部認定之特殊需求者口腔醫學科專科醫師二年以上者。 2.兼任指導醫師：經本部認定之特殊需求者口腔醫學科專科醫師二年以上者。		
註	1.專任指導醫師：每週特殊需求者門診或特殊需求者口腔醫學科教學至少6小時以上。 2.兼任指導醫師：每週特殊需求者門診或特殊需求者口腔醫學科教學至少3小時以上。 3.未有兼任指導醫師，評量標準2可免評。		
建議 佐證 資料	1.專任指導醫師使用附件6-6「專任指導醫師門診（或教學門診）排班表及相關證明」，檢附門診（或教學門診）排班表、在職證明、醫師執業執照及專科醫師證書等正本彩色掃描檔案。 2.兼任指導醫師使用附件6-7「兼任指導醫師門診（或教學門診）排班表及相關證明」，檢附門診（或教學門診）排班表、在職證明、醫師執業執照、專科醫師證書及衛生局報備支援報准資料等正本彩色掃描檔案。		

三、訓練員額

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	1.每一名專任指導醫師，每年得訓練一名新進醫師；每二名兼任指導醫師，每年得訓練一名新進醫師。 2.每年收訓醫師名額不得逾本部核定之該年度容額。 3.兼任指導醫師人數不得超過專任指導醫師人數之二倍。		

參、教學設備

一、教學場所

項目 類型	配分項目（10分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量 標準	1.有固定討論室可供病例討論及文獻討論。 2.有社區教學、居家牙醫教學及口腔衛教教室。		
建議 佐證 資料	附件6-8「教學場所」照片。		
執行 情形	1.討論室：○有，可容納____人；○無。 2.社區教學教室：○有，可容納____人；○無。 3.居家牙醫教學教室：○有，可容納____人；○無。 4.口腔衛教教室：○有，可容納____人；○無。		

二、教學設備

項目 類型	配分項目（10分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量 標準	1.特殊需求者口腔醫學科相關書刊； (1)醫學期刊至少二種。 (2)相關藏書至少二種。 2.備有電腦、網路設備及提供受訓學員登入相關期刊網站帳號密碼之資訊場所。 3.適當教學設備：單槍放映機至少一台。		
建議 佐證 資料	1.附件6-9「專業書籍及期刊清單」。 2.教學設備實地訪查時於原單位備查。		
執行 情形	1.特殊需求者口腔醫學科書籍：____本。 2.牙科相關書籍：____本。 3.特殊需求者口腔醫學科期刊：____種。 4.牙科相關期刊：____種。 5.電腦：____台。 6.網路設施：○有 ○無。 7.單槍放映機：____台。		

肆、教學內容

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	應符合特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練課程基準之規定，及檢附相關文件。		
建議 佐證 資料	附件6-10「年度課程清單」，表列第一年及第二年課程資料，亦可檢附原機構規劃之教學課程及教學計畫書。		

一、教學課程（依本課程完成訓練，所需時間至少為全時二年或非全時三年）

（一）第一年基礎學科

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	特殊需求者相關法規、倫理及社會福祉之理論與實務之學科。 1.社會科學：醫學倫理、特殊需求者相關人權、法規制度、教育及福利之學科。（至少四小時） 2.社區牙醫學：公共衛生學、健康教育、衛生計畫、醫務管理、醫療法規、感染管制之學科。（至少六小時）		

（二）第一年臨床學科

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	1.特殊需求者之口腔醫療處置及健康管理，牙科治療中之行為引導與全身管理，口腔疾病預防與指導，口腔機能療法為主之學理及臨床技能。應涵蓋下列領域： (1)醫院牙醫學（hospital dentistry）。 (2)身心障礙者牙醫學（disability dentistry）。 (3)老人牙醫學（geriatric dentistry）。 (4)長期照護牙醫學（long term care dentistry）。 (5)早期療育牙醫學（early intervention dentistry）。 2.其他臨床學科：含實作。 (1)內科學、小兒科學、老人醫學：以加深系統性疾病之認識。（至少八小時） (2)麻醉學：麻醉基本知識、生命管理與認識。（至少八小時） (3)急重症醫學：含成人及兒童之急救。（至少六小時） (4)復健醫學：含咀嚼、吞嚥困難之診斷與照護。（至少八小時）		

（三）第一年受訓期間在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之各項病例要求

項目 類型	配分項目（15分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量	1.特殊需求者全人醫療照護（total patient care）及治療計畫擬定至少十例，每一例病例中		

標準	應包含牙體復形治療、牙髓病治療、牙周病治療及鑲復補綴牙科治療之項目中，至少二項內容。 2.完成特殊需求者之口腔治療操作，包括身心障礙、醫院、老人、早期療育及長期照護口腔醫學之各項治療項目。 (1)牙體復形治療：至少共三十五例，包含 Class I 至 Class V 至少三例。 (2)牙髓治療 (pulpal therapy)：各齒位之根管治療至少十例，其中前牙根管治療五例，後牙根管治療五例，且至少含大白齒三例。 (3)預防性樹脂修復 (preventive resin restoration) 或窩溝封填 (pit and Fissure sealants)：至少三例。 (4)拔牙：至少三十例，其中含大白齒十例；系統性疾病病人之拔牙五例；阻生牙拔除三例。 (5)牙周病治療：全口牙周病基礎治療：一例。牙周相關手術 (牙齦切除術或牙冠增長術等)：一例。全口牙周炎病例資料蒐集、診斷分析與擬定治療計畫 (至少含二區牙周翻瓣手術)：一例。 (6)鑲復補綴治療：單一牙冠二例。牙橋一例。可撤式局部義齒或可撤式全口義齒 (含臨時性) 一例。 (7)使用鎮靜或全身麻醉協助治療：至少二例。
建議佐證資料	1.新申請或3年內未收訓新進醫師之訓練機構，使用附件6-11「新進醫師訓練規劃資料」Excel檔，檢附符合教學課程第一年及第二年提及各款病例要求各一例，並由指導醫師簡述教學目標。 2.3年內有收訓新進醫師之訓練機構，使用附件6-12「新進醫師訓練相關資料」Excel檔，列出訓練第一年於教學中所要求在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之病例清單。

(四) 第一年社會服務

項目類型	配分項目 (5 分)	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量標準	身心障礙福利機構、特殊教育學校或特殊教育班老人福利機構、早期療育機構、長照機構、居家牙醫醫療、偏鄉醫療。		
註	以上項目至少擇三項服務，並配合社區牙醫學相關訓練 (得於訓練期間完成)。		
建議佐證資料	附件6-14「社會服務活動成果紀錄」，檢附訓練期間之社會服務清單及照片。		

(五) 第二年基礎學科

項目類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量標準	基礎學科應涵蓋下列內容：(至少六小時) 1.先天性疾病遺傳學。 2.口腔及顱顏生長發育學。 3.口腔病理學。		

(六) 第二年臨床學科

項目 類型	必要項目	委員評量結果	○符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○不符合
評量 標準	1.特殊需求者口腔學科：特殊需求者之口腔醫療處置及健康管理，牙科治療中之行為引導與全身管理，口腔疾病預防與指導，口腔機能療法為主之學理及臨床技能（至少十五小時）。應包括下列領域： (1)醫院牙醫學（hospital dentistry） (2)身心障礙者牙醫學（disability dentistry） (3)老人牙醫學（geriatric dentistry） (4)長期照護牙醫學（long term care dentistry） (5)早期療育牙醫學（early intervention dentistry） 2.其他臨床學科： (1)內科學、小兒科學、老人醫學。（至少六小時） (2)麻醉學：麻醉基本知識、生命管理及認識。（至少三小時） (3)急重症醫學：含成人及兒童之急救。（至少三小時） (4)復健醫學：含咀嚼、吞嚥困難之診斷及照護。（至少三小時）		

(七) 必須提報（提報完整病例及紀錄）在指導醫師督導下，第二年全程親自參與治療完成。受訓期間在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之各項病例要求

項目 類型	配分項目（15分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量 標準	1.特殊需求者全人口腔醫療照護（total patients care）及治療計畫擬定：至少十例，每一例病例中應包含牙體復形治療、牙髓病治療、牙周病治療及鑲復補綴牙科治療之項目中，至少二項目內容，受訓人員至少應自行治療其中二項。 2.完成特殊需求者之口腔治療操作，涵蓋下列各治療項目： (1)牙體復形治療：至少共四十例，包含 Class I 至 Class V 至少三例。 (2)牙髓治療（pulpal therapy）：各齒位之根管治療，至少十五例；前牙根管治療，五例；後牙根管治療，五例（至少含大白齒三例）。 (3)預防性樹脂修復（preventive resin restoration）或窩溝封填（pit and fissure sealants）：至少三例。 (4)拔牙：至少三十例，其中含大白齒十例（系統性疾病人之拔牙五例，阻生牙拔除五例）。 (5)牙周病治療：全口牙周病基礎治療一例；牙周相關手術（牙齦切除術或牙冠增長術）一例；全口牙周炎病例資料蒐集、診斷分析與擬定治療計畫（至少含二區牙周翻瓣手術）一例。 (6)鑲復補綴治療；可撤式局部義齒或可撤式全口義齒（含臨時性）一例；單一牙冠二例；牙橋一例。 (7)使用鎮靜或全身麻醉協助治療：至少三例。		

建議佐證資料	1.新申請或3年內未收訓新進醫師之訓練機構，使用附件6-11「新進醫師訓練規劃資料」Excel檔，檢附符合教學課程第一年及第二年提及各款病例要求各一例，並由指導醫師簡述教學目標。 2.3年內有收訓新進醫師之訓練機構，使用附件6-12「新進醫師訓練相關資料」Excel檔，列出訓練第一年於教學中所要求在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之病例清單，與第二年在指導醫師督導下，全程親自參與並完成治療之完整病例及紀錄。
--------	--

二、教學活動

項目類型	配分項目（10分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量標準	1.特殊需求者口腔醫學科病例討論會、跨科討論會：至少每月一次。 2.特殊需求者口腔醫學科文獻討論會：至少每月一次。 3.特殊需求者牙科專題討論會：至少每月一次。 4.受訓醫師參加特殊需求者相關口腔醫學會之學術活動：至少每年一次。		
建議佐證資料	附件6-13「年度教學活動清單」，表列第一年及第二年之教學活動。		

三、社會服務

項目類型	配分項目（5分）	委員評量結果	○符合 ○部分符合 ○不符合
		訓練機構自評	○符合 ○部分符合 ○不符合
評量標準	每年至下列機構進行口腔保健衛教、口腔狀況檢查及簡單診療服務，並製作活動成果紀錄。 1.身心障礙福利機構或老人福利機構。 2.特殊教育學校、特殊教育班或早期療育機構。		
註	診療服務項目至少擇三項執行訓練計畫。		
建議佐證資料	附件6-14「社會服務活動成果紀錄」，表列第一年及第二年之社會服務及照片。		

四、偏鄉訓練機構

項目類型	—	委員評量結果	○符合 ○不符合 ○不適用
		訓練機構自評	○符合 ○不符合 ○不適用
評量標準	於離島、原住民族地區、本部公告之偏鄉及醫療資源缺乏地區之醫療機構，得以聯合訓練方式申請為特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構，聯合訓練計畫由主訓練機構提出，內容應符合專科醫師訓練之要求。主訓練機構之合作訓練機構不得超過三家；主訓練機構之訓練時數應佔總訓練時數百分之五十以上，並可分散在不同年度。		

115 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」 書面審查結果

項目類型	評量標準	訓練機構自評	委員評量結果	分數	審查意見
壹、訓練機構條件					
必要項目	一、醫療業務			—	
必要項目	二、醫療設施及設備			—	
	(一) 專屬治療區			—	
必要項目	(二) 專屬治療椅			—	
必要項目	(三) 特殊需求者牙科臨床治療設備			—	
必要項目	(四) 特殊需求者牙科臨床治療設備： 消毒設備			—	
必要項目	(五) 執行鎮靜或全身麻醉下之牙科 治療設備			—	
必要項目	(六) 鎮靜或全身麻醉恢復室或空間			—	
必要項目	三、人員			—	
配分項目	四、品質管制及指定項目品質評估調查				
	(一) 病人安全及醫療品質相關作業				
配分項目	(二) 完整病歷記載				
配分項目	(三) 特殊項目				
貳、教學師資					
必要項目	一、科主任/訓練負責人			—	
必要項目	二、指導醫師			—	
必要項目	三、訓練員額			—	
參、教學設備					
配分項目	一、教學場所				
配分項目	二、教學設備				
肆、教學內容					
必要項目	教學內容			—	

項目類型	評量標準	訓練機構自評	委員評量結果	分數	審查意見
必要項目	一、教學課程 (一) 第一年基礎學科			—	
必要項目	(二) 第一年臨床學科			—	
配分項目	(三) 第一年受訓期間在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之各項病例要求。				
配分項目	(四) 第一年社會服務				
必要項目	(五) 第二年基礎學科			—	
必要項目	(六) 第二年臨床學科			—	
配分項目	(七) 必須提報（提報完整病例及紀錄）在指導醫師督導下，第二年全程親自參與治療完成。受訓期間在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之各項病例要求。				
配分項目	二、教學活動				
配分項目	三、社會服務				
—	四、偏鄉訓練機構			—	
總分					—
綜合意見					
書面審查結果	符合____項、部分符合____項、不符合____項、不適用____項				
	○新申請機構	○須補件 ○建議通過 ○建議不通過			
	○效期內複查訓練機構	○須補件 ○建議通過 ○建議安排實地訪查 ○建議不通過			
建議核予容額	○依機構所填可收訓新進醫師名額：____名 ○建議調整為____名，原因：_____				

項目類型	評量標準	訓練機構自評	委員評量結果	分數	審查意見
------	------	--------	--------	----	------

註：

- 1.「必要項目」為訓練機構應具備之必備條件，其該項目之「所有細項」皆須達符合，如1項（含）以上未達符合者，書面審查結果即為不通過，另「第壹項、訓練機構條件」項下之「一、醫療業務」項目未達符合者，得不分配容額。
- 2.評分結果以所有「必要項目」皆達「符合」，及配分項目加總60分為及格。

審 查 委 員 簽 章：_____

日 期：_____

本機構特殊需求者口腔醫學科「200 人次病例清單」(新申請機構)
(請填寫 113 年 8 月 1 日至 114 年 6 月 30 日之資料)

序號	病人姓名	病歷號碼	性別	出生年月日	主要特殊需求類型	障 別 (主要特需需求 類型為身心障礙 者牙醫學須填寫)	治療開始 日期 (年/月/日)	治療完成 日期 (年/月/日)	最近一次 追蹤日期 (年/月/日)
—	例：王 O 明	1234000	男	○/○/○	☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 醫院牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	自閉症	○/○/○	○/○/○	○/○/○
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

註：

- 1.本附件請使用 Excel 檔「附件 6-1、200 人次病例清單 (新申請機構)」填寫。
- 2.前 100 例須為身心障礙者牙醫學，並明述主要障別。
- 3.病人資料須去識別化，以確保其檢康資訊揭露急保護病人隱私權。

本機構特殊需求者口腔醫學科「200 人次病例清單」(效期內複查)
(請填寫 113 年 8 月 1 日至 114 年 6 月 30 日之資料)

序號	病人姓名	病歷號碼	性別	出生年月日	主要特殊需求類型	障別 (主要特需需求類型為身心障礙者牙醫學須填寫)	就診日期 (年/月/日)
—	例：王 O 明	1234000	男	○/○/○	☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 醫院牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	自閉症	○/○/○
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

註：

- 1.本附件請使用 Excel 檔「附件 6-2、200 人次病例清單 (效期內複查)」填寫。
- 2.前 100 例須為身心障礙者牙醫學，並明述主要障別。
- 3.病人資料須去識別化，以確保其檢康資訊揭露急保護病人隱私權。

本機構特殊需求者口腔醫學科「醫療設施及設備佐證資料」

- 一、專屬治療區：請檢附臨床實景或平面配置圖與設施照片，並清楚標示候診區、治療區及衛教區。

二、專屬治療椅：_____台（請檢附照片佐證）。

三、特殊需求者牙科臨床治療設備（請依序填寫並檢附設施及設備照片佐證）：

（一）X 光設備：

1.牙根尖（periapical）_____台。

(一) X光設備：

2.全景環口攝影 (panography) _____ 台。

(二) 其他治療設備：

1. 技工室：

(二) 其他治療設備：

2. 張口器：_____個。

(二) 其他治療設備：

3. 束縛版 (papoose board、pedi wrap 或相關設備)：_____個。

(二) 其他治療設備：

4.牙科治療所需儀器及器械：_____。

四、特殊需求者牙科臨床治療設備：消毒設備（請依序填寫並檢附設備照片佐證）：

（一）高溫高壓滅菌鍋_____台。

(二) 其它設備：_____。

五、執行鎮靜或全身麻醉下之牙科治療設備（請依序填寫並檢附設備照片佐證）：

（一）移動式牙科治療機組_____組。

(二) 移動式 X 光機_____台。

(三) 牙科器械櫃_____台。

(四) 高速抽吸機_____台。

(五) 氧氣輸出設備_____台。

(六) 生命徵象監控設備_____台。

(七) 急救設備_____台。

六、鎮靜或全身麻醉恢復室或空間（請依序填寫並檢附設備照片佐證）：

（一）血氧計（oximeter）_____台。

(二) 生理監控設備_____台。

(三) 氧氣供應設備_____台。

(四) 抽吸設備_____台。

(五) 保暖設備_____台。

本機構特殊需求者口腔醫學科「專任及兼任指導醫師清冊」

一、專任指導醫師共_____人。

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師 證 書 字 號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師 證書有效期間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月
			年 月 至 年 月
			年 月 至 年 月
曾任特需專科 醫 師 經 歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月 至 年 月
			年 月 至 年 月
於本機構其他牙 醫 專 科 擔 任 兼 任 指 導 醫 師	☐ 否； ☐ 是，科別為_____專科，資格效期自_____年_____月 _____日至_____年_____月_____日		

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師 證 書 字 號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師 證書有效期間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月

			年 月 至 年 月
			年 月 至 年 月
曾任特需專科 醫師經歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月 至 年 月
			年 月 至 年 月
於本機構其他牙 醫專科擔任 兼任指導醫師	☐ 否； ☐ 是，科別為_____專科，資格效期自_____年_____月 _____日至_____年_____月_____日		

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師 證書字號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師 證書有效期間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月
			年 月 至 年 月
			年 月 至 年 月
曾任特需專科 醫師經歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月 至 年 月
			年 月 至 年 月
於本機構其他牙 醫專科擔任 兼任指導醫師	☐ 否； ☐ 是，科別為_____專科，資格效期自_____年_____月 _____日至_____年_____月_____日		

（表格如不敷使用，請自行增列）

二、兼任指導醫師共_____人。

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師 證 書 字 號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師 證書有效期間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月
曾任特需專科 醫 師 經 歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月
於本部認定之其 他專科醫師訓練 機構擔任專(兼) 任 指 導 醫 師	☐ 否； ☐ 是， ☐ 專任 ☐ 兼任，科別為_____專科，資格效期自 _____年_____月_____日至_____年_____月_____日		

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師 證 書 字 號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師 證書有效期間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月
			年 月至 年 月

			年 月至 年 月
曾任特需專科醫師經歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月
於本部認定之其他專科醫師訓練機構擔任專(兼)任指導醫師	☐ 否； ☐ 是， ☐ 專任 ☐ 兼任，科別為_____專科，資格效期自____年____月____日至____年____月____日		

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師證書字號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師證書有效期間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月
曾任特需專科醫師經歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月
於本部認定之其他專科醫師訓練機構擔任專(兼)任指導醫師	☐ 否； ☐ 是， ☐ 專任 ☐ 兼任，科別為_____專科，資格效期自____年____月____日至____年____月____日		

(表格如不敷使用，請自行增列)

三、專任主治醫師（非指導醫師）共_____人。

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師 證 書 字 號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師 證書有效期間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月
曾任特需專科 醫 師 經 歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師 證 書 字 號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師 證書有效期間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月
曾任特需專科 醫 師 經 歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月至 年 月

			年 月至 年 月
--	--	--	----------

姓 名			
現 職 單 位			
職 稱		任 現 職 職 年 資	年 月
特需專科醫師 證 書 字 號		取得特需專科日期	年 月 日
特需專科醫師 證 書 有 效 期 間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
學 歷	院 校 名 稱	學 位	修 業 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月
曾任特需專科 醫 師 經 歷	服 務 機 關	職 稱	服 務 起 訖 年 月
			年 月至 年 月
			年 月至 年 月

（表格如不敷使用，請自行增列）

四、專任護理師（士）共_____人。

- （一）請檢附護理師（士）證書（請以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等）。

(二) 請檢附護理師(士)執業執照證書(正反面)(請以正本彩色掃描，正反面放同一頁，且一人一頁，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等)。

本機構特殊需求者口腔醫學科
「品質管制及指定項目品質評估調查相關佐證資料」

一、病人安全及醫療品質相關作業：

（一）告知同意書：

(二) 病人安全作業規範及執行方針：

二、機構制式病歷：

三、特殊項目：

（一） 感染控制手冊：

(二) 利器刺傷預防及處理流程：

(三) 放射線安全檢查手冊：

(四) 危機事件應變計畫及作業手冊：

本機構特殊需求者口腔醫學科

「專任指導醫師門診（或教學門診）排班表及相關證明」

一、門診（或教學門診）排班表：請使用以下格式填寫自 113 年 8 月 1 日至 114 年 6 月 30 日 之專任指導醫師門診（或教學門診）排班表，或檢附機構內門診（或教學門診）排班表格式（須清楚顯示該專任指導醫師診次），並加蓋機構或科部印章。

星期 時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
上午 〇〇：〇〇 〇〇：〇〇	○診/教學診 〇〇〇醫師					
下午 〇〇：〇〇 〇〇：〇〇						
晚上 〇〇：〇〇 〇〇：〇〇						

專任指導醫師	每週門診次數（次）	每週門診時數（時）

科主任簽章：

日期：

年

月

日

二、專任指導醫師在職證明（請以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等）。

三、專任指導醫師執業執照（正反面）（請以正本彩色掃描，正反面放同一頁，且一人一頁，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等）。

四、專任指導醫師特殊需求者口腔醫學科專科醫師證書（請以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等）。

本機構特殊需求者口腔醫學科 「兼任指導醫師門診（或教學門診）排班表及相關證明」

一、門診（或教學門診）排班表：請使用以下格式填寫自 113 年 8 月 1 日至 114 年 6 月 30 日 之兼任指導醫師門診（或教學門診）排班表，或檢附機構內門診（或教學門診）排班表格式（須清楚顯示該兼任指導醫師診次），並加蓋機構或科部印章。

星期 時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
上午 ○○：○○ ○○：○○	○診/教學診 ○○○醫師					
下午 ○○：○○ ○○：○○						
晚上 ○○：○○ ○○：○○						

兼任指導醫師	每週門診次數（次）	每週門診時數（時）

科主任簽章：

日期：

年

月

日

二、兼任指導醫師在職證明（請以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等）。

三、兼任指導醫師執業執照（正反面）（請以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等）。

四、兼任指導醫師特殊需求者口腔醫學科專科醫師證書（請以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等）。

五、兼任指導醫師衛生局報備支援報准資料（須報備支援於本訓練機構之特殊需求者口腔醫學科）（請以正本彩色掃描，不得有模糊、疊影、墨色不清等情形，相關證明用印需完整顯示等）。

本機構特殊需求者口腔醫學科「教學場所」

(請依序檢附教學場所照片佐證)

一、討論室：

二、社區教學教室：

三、居家牙醫教學教室：

四、口腔衛教教室：

本機構特殊需求者口腔醫學科「專業書籍及期刊清單」

一、特殊需求者口腔醫學科專業書籍_____本：

編號	書籍名稱	作者	存放位置
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

二、牙科相關專業書籍_____本：

編號	書籍名稱	作者	存放位置
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

三、特殊需求者口腔醫學科專業期刊（含電子期刊）_____種：

編號	期刊名稱	存放位置
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

四、牙科相關專業期刊（含電子期刊）_____種：

編號	期刊名稱	存放位置
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

本機構特殊需求者口腔醫學科「年度課程清單」

請使用以下格式依第一年及第二年課程資料填寫，亦可檢附原機構規劃之教學課程及教學計畫書。

一、訓練課程（第一年）

序號	日期	主題	地點	指導醫師
1	○/○/○			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

二、訓練課程（第二年）

序號	日期	主題	地點	指導醫師
1	○/○/○			
2				
3				
4				
5				
6				
7				

序號	日期	主題	地點	指導醫師
8				
9				
10				
11				
12				

本機構特殊需求者口腔醫學科「新進醫師訓練規劃資料」
(新申請機構或3年內未收訓新進醫師之訓練機構填寫)

一、檢附符合教學課程第一年及第二年提及各款病例要求各一例，並由指導醫師簡述教學目標。

(一) 特殊需求者全人醫療照護及治療計畫擬定(第一年)

教學目標：_____

序 號	病 人 姓 名	病 歷 號 碼	特 殊 需 求 類 型 (可 複 選)	治 療 類 型 (至少二項) (牙 位 及 處 置 位 置)	治 療 開 始 期 (年 / 月 / 日)	治 療 完 成 期 (年 / 月 / 日)	最 近 一 次 期 (年 / 月 / 日)
—	例：王○明	1234○○○	☒ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☒ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☒ 牙體復形治療(FDI牙位) ☒ 牙髓病治療(FDI牙位) ☐ 牙周病治療(FDI牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○
1			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI牙位) ☐ 牙周病治療(FDI牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)			

(二) 受訓醫師治療病例 (第一年)

教學目標：_____

序 號	病 人 姓 名	病 歷 號 碼	特 殊 需 求 類 型 (可 複 選)	治 療 類 型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性 樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病 治療、鑲復補綴治療、使用鎮靜或全 身麻醉協助治療)(牙位及處置位 置)	治 療 開 始 期 (年 / 月 / 日)	治 療 完 成 期 (年 / 月 / 日)	最 近 一 次 追 蹤 日 期 (年 / 月 / 日)
—	例：王○明	1234○○○	☒ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☒ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	牙體復形治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○
1			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學				

(三) 特殊需求者全人醫療照護及治療計畫擬定 (第二年)

教學目標：_____

序 號	病 人 姓 名	病 歷 號 碼	特 殊 需 求 類 型 (可 複 選)	治 療 類 型 (至 少 二 項) (牙 位 及 處 置 位 置)	治 療 開 始 期 (年 / 月 / 日)	治 療 完 成 期 (年 / 月 / 日)	最 近 一 次 追 蹤 日 期 (年 / 月 / 日)
—	例：王○明	1234○○○	☒ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☒ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☒ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☒ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 鑲復補綴牙科治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○
1			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 鑲復補綴牙科治療 (FDI 牙位)			

(四) 受訓醫師治療病例 (第二年)

教學目標：_____

序 號	病 人 姓 名	病 歷 號 碼	特 殊 需 求 類 型 (可 複 選)	治 療 類 型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性 樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病 治療、鑲復補綴治療、使用鎮靜或全 身麻醉協助治療)(牙位及處置位 置)	治 療 開 始 期 (年 / 月 / 日)	治 療 完 成 期 (年 / 月 / 日)	最 近 一 次 追 蹤 日 期 (年 / 月 / 日)
—	例：王○明	1234○○○	☒ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☒ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	牙體復形治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○
1			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學				

本機構特殊需求者口腔醫學科「新進醫師訓練相關資料」 (3 年內有收訓新進醫師之訓練機構填寫)

一、受訓期間於教學中所要求在指導醫師督導下，全程親自參與治療特殊需求者之病例清單

(一) 特殊需求者全人醫療照護及治療計畫擬定 (第一年)

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型 (至少二項) (牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	治療開始日期 (年/月/日)	治療完成日期 (年/月/日)	最近一次追蹤日期 (年/月/日)	指導醫師簽章	備註
—	例：王○明	1234○○○	☒ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☒ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☒ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☒ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○		
1			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						
2			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						
3			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						
4			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型(至少二項) (牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	治療開始日期 (年/月/日)	治療完成日期 (年/月/日)	最近一次追蹤日期 (年/月/日)	指導醫師章 指 簽	備 註
			☐ 早期療育牙醫學							
5			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI牙位) ☐ 牙周病治療(FDI牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
6			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI牙位) ☐ 牙周病治療(FDI牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
7			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI牙位) ☐ 牙周病治療(FDI牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
8			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI牙位) ☐ 牙周病治療(FDI牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
9			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI牙位) ☐ 牙周病治療(FDI牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						

序 號	病 人 姓 名	病 歷 號 碼	特 殊 需 求 類 型 (可 複 選)	治 療 類 型 (至 少 二 項) (牙 位 及 處 置 位 置)	受 訓 醫 師 開 始 治 療 日 期 (年 / 月 / 日)	治 療 開 始 日 期 (年 / 月 / 日)	治 療 完 成 日 期 (年 / 月 / 日)	最 近 一 次 追 蹤 日 期 (年 / 月 / 日)	指 導 醫 師 章 簽	備 註
10			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 顎復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						

(表格如不敷使用，請自行增列)

(二) 受訓醫師治療病例 (第一年)

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病治療、廣復補綴治療、使用鎮靜或全身麻醉協助治療)(牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	治療開始日期 (年/月/日)	治療完成日期 (年/月/日)	最近一次追蹤日期 (年/月/日)	指導醫師章	備註
—	例：王 O 明	1234000	☒ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☒ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	牙體復形治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○		
1			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
2			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
3			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
4			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
5			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學							

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病治療、廣復補綴治療、使用鎮靜或全身麻醉協助治療)(牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	治療開始日期 (年/月/日)	治療完成日期 (年/月/日)	最近一次追蹤日期 (年/月/日)	指導醫師章	備註
			☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
6			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
7			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
8			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
9			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
10			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							

(表格如不敷使用，請自行增列)

(三) 特殊需求者全人醫療照護及治療計畫擬定 (第二年)

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型 (至少二項) (牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	治療開始日期 (年/月/日)	治療完成日期 (年/月/日)	最近一次追蹤日期 (年/月/日)	指導醫師 指 簽 師 章	備 註
—	例：王 O 明	1234000	☒ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☒ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☒ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☒ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○		
1			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						
2			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						
3			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						
4			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療 (FDI 牙位)						
5			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學	☐ 牙體復形治療 (FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療 (FDI 牙位) ☐ 牙周病治療 (FDI 牙位)						

序 號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型(至少二項) (牙位及處置位置)	受訓醫師開 始治療日期 (年/月/日)	治療開始 日期 (年/月/日)	治療完成 日期 (年/月/日)	最近一次 追蹤日期 (年/月/日)	指導醫師章 簽	備註
			☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 膺復補綴牙科治療(FDI 牙位)						
6			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI 牙位) ☐ 牙周病治療(FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI 牙位)						
7			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI 牙位) ☐ 牙周病治療(FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI 牙位)						
8			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI 牙位) ☐ 牙周病治療(FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI 牙位)						
9			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI 牙位) ☐ 牙周病治療(FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI 牙位)						
10			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	☐ 牙體復形治療(FDI 牙位) ☐ 牙髓病治療(FDI 牙位) ☐ 牙周病治療(FDI 牙位) ☐ 膺復補綴牙科治療(FDI 牙位)						

(表格如不敷使用，請自行增列)

(四) 受訓醫師治療病例 (第二年)

序 號	病 人 姓 名	病 歷 號 碼	特 殊 需 求 類 型 (可 複 選)	治 療 類 型 (牙體復形治療、牙髓治 療、預防性樹脂修復或窩溝 封填、拔牙、牙周病治療、 廣復補綴治療、使用鎮靜或 全身麻醉協助治療)(牙位 及處置位置)	受訓醫師開始 治 療 日 期 (年/月/日)	治 療 開 始 日 期 (年/月/日)	治 療 完 成 日 期 (年/月/日)	最 近 一 次 追 蹤 日 期 (年/月/日)	指 導 醫 師 章 簽	備 註
—	例：王 O 明	1234000	☒ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☒ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學	牙體復形治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○		
1			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
2			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
3			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
4			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
5			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學							

序 號	病 人 姓 名	病 歷 號 碼	特 殊 需 求 類 型 (可 複 選)	治 療 類 型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病治療、廣復補綴治療、使用鎮靜或全身麻醉協助治療)(牙位及處置位置)	受訓醫師開始 治 療 日 期 (年/月/日)	治 療 開 始 日 (年/月/日)	治 療 完 成 期 (年/月/日)	最 近 一 次 追 蹤 日 期 (年/月/日)	指 導 醫 師 章 指 簽	備 註
			☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
6			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
7			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
8			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
9			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							
10			☐ 醫院牙醫學 ☐ 身心障礙者牙醫學 ☐ 老人牙醫學 ☐ 長期照護牙醫學 ☐ 早期療育牙醫學							

(表格如不敷使用，請自行增列)

二、依據前述病例清單依序檢附第二年在指導醫師督導下，全程親自參與並完成治療之完整病例及紀錄：

本機構特殊需求者口腔醫學科「年度教學活動清單」

請使用以下格式依第一年及第二年教學活動填寫，表格如不敷使用，請自行增刪。

一、教學活動（第一年）

（一）病例討論會（至少每月一次）

序號	日期	報告主題	主持人	報告者	指導醫師
1	○/○/○				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

（二）跨科討論會（至少每月一次）

序號	日期	報告主題	主持人	報告者	指導醫師
1	○/○/○				
2					
3					
4					
5					
6					
7					

8					
9					
10					
11					
12					

(三) 專題討論會（至少每月一次）

序號	日期	報告主題	主持人	報告者	指導醫師
1	○/○/○				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

(四) 特殊需求者相關口腔醫學會之學術活動（至少每年一次）

序號	日期	主題	地點	授課講師
1	○/○/○			
2				
3				
4				
5				

二、教學活動（第二年）

（一）病例討論會（至少每月一次）

序號	日期	報告主題	主持人	報告者	指導醫師
1	○/○/○				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

（二）跨科討論會（至少每月一次）

序號	日期	報告主題	主持人	報告者	指導醫師
1	○/○/○				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

12					
----	--	--	--	--	--

(三) 專題討論會（至少每月一次）

序號	日期	報告主題	主持人	報告者	指導醫師
1	○/○/○				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

(四) 特殊需求者相關口腔醫學會之學術活動（至少每年一次）

序號	日期	主題	地點	授課講師
1	○/○/○			
2				
3				
4				
5				

本機構特殊需求者口腔醫學科「社會服務活動成果紀錄」

請使用以下格式依第一年及第二年社會服務活動成果填寫。

一、社會服務活動成果紀錄（第一年）（如為新申請機構須檢附訓練計畫及過去辦理之實績紀錄）

序號	日期	主題	機構類型	地點	負責人/ 授課講師
1	○/○/○				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

照片佐證：

二、社會服務活動成果紀錄（第二年）（如為新申請機構須檢附訓練計畫及過去辦理之實績紀錄）

序號	日期	主題	機構類型	地點	負責人/ 授課講師
1	○/○/○				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

照片佐證：

本機構特殊需求者口腔醫學科「新進醫師訓練情形調查」
(請填寫 111 年 8 月 1 日至 114 年 7 月 31 日之資料)

序號	姓名	性別	出生年月日	牙醫師證書字號	牙醫 PGY 訓練起訖	特需專科醫師訓練期間
1			○/○/○		○/○/○-○/○/○	○/○/○-○/○/○
2						
3						
4						
5						

訓練機構自評下一年度 (115 年度) 可收訓新進醫師_____名

認定標準：

- 1.應檢附新進醫師之正式門診排班表 (使用附件 8)，全時訓練每週至少 6 次門診；非全時訓練每週至少 3 次門診。
- 2.受訓醫師須執業登記或報備支援於本訓練機構。
- 3.經衛生福利部核可後，將核定訓練機構下一年度訓練容額。

本機構特殊需求者口腔醫學科「新進醫師門診排班表」

請使用以下格式填寫 113 年 8 月 1 日至 114 年 6 月 30 日 之新進醫師門診排班表，或檢附機構內門診排班表格式(須清楚顯示該新進醫師診次)，並加蓋機構或科部印章。

星期 時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
上午 ○○：○○ ○○：○○	○診 ○○○醫師					
下午 ○○：○○ ○○：○○						
晚上 ○○：○○ ○○：○○						

新進醫師	每週門診次數(次)	每週門診時數(時)

科主任簽章：

日期： 年 月 日