

ANNOUNCEMENT 公告專區

TAOYUAN DENTAL ANNOUNCEMENT

公告一

104年度65歲以上長者暨55歲以上原住民裝置活動假牙補助計劃

主旨：有關「104年度65歲以上長者暨55歲以上原住民裝置活動假牙補助計劃」簽約要點
注意事宜，詳如說明段，敬請查照。

說明：因應「104年65歲以上長者暨55歲以上原住民裝置活動假牙補助計畫」，新合約中
製作活動假牙除基本材質外，可以因材質提升而收取差價。其中基本材質如下-

(一)底座：1.一般鈷鉻合金。 2.彈性樹脂。 3.樹脂底座得加金屬網底。

(二)牙齒：樹脂牙。

請於裝置前，申請補助時，一併附上民眾自費同意書，詳如附件(1-1)。如有意願
簽約之院所，請將欲更換材質之價差一覽表，詳如附件(1-2)填妥後，寄回或傳真
[4229451]或直接以E-mail[taoy.uand@msa.hinet.net]形式傳至公會備查。

本會會址：320 桃園市中壢區環北路400號18樓之2

公會電話：03-422-9450；427-1712

公會傳真：03-4229451

公告二

104年度桃園市政府衛生局辦理「基層醫療機構督導考核」

主旨：有關104年度桃園市政府衛生局辦理「基層醫療機構督導考核」，時程訂於104年
4月~11月期間辦理，敬請查照。

說明：一、依據醫療法第28條及醫療法施行細則第17條規定辦理。

二、104年度本局輔導各類醫事機構提升醫療作業品質督考核，
時程訂於104年4月~11月期間辦理。

1.檢附「103年度桃園市政府衛生局基層醫療機構督導考核表」供各院所參考
用(如附件2-1)。

2.若您對「桃園市政府衛生局基層醫療機構督導考核表」內之任何內容有意
見，歡迎您提供予本會，本會將把您寶貴意見轉知衛生局參酌。



附件1-1

桃園市 65 歲以上長者暨 55 歲以上原住民裝置活動假牙補助計畫

自費同意書(草案) 中華民國： 年 月 日

_____ (姓名)係桃園市老人免費補助活動假牙計畫之申請人，本人
或家屬經醫師_____詳細說明並充分瞭解後，考量個人需求，欲使
用不在補助範圍內之活動假牙材質上顎：_____ (底座)_____
(牙齒)計_____ 元；下顎：_____ (底座)_____
(牙齒)計_____ 元，並自願負擔補助之不足額，合計共新臺幣_____
元。

此致 桃園市政府衛生局

立 同 意 書 人：_____ (簽章) 與病人關係_____

立同意書人身分證號：_____

備註：

一、依據桃園市牙醫醫療機構收費標準(103年12月24日修訂)：

(一)單顎活動假牙：新臺幣 2 萬元至 5 萬元。

(二)雙顎活動假牙：新臺幣 4 萬元至 10 萬元。

二、桃園市政府衛生局補助之活動假牙材質如下

(一)牙齒：樹脂牙

(二)底座：1、鈷鉻合金。

2、彈性樹脂。

3、樹脂底座得加金屬網底。

附件1-2

更換材質之價差一覽表

態樣	材質組成	欲更換之材質	可收價差範圍	
			下限	上限
全口活動 假牙	底座			
	牙齒			
半口活動 假牙	底座			
	牙齒			
部分活動 假牙	底座			
	牙齒			



附件2-1

桃園市政府衛生局 103 年度基層醫療機構督導考核表 (供參考用)

基本資料(基層醫療機構自填)			
機構名稱		電 話	
機構地址			
負責醫師		健保特約機構	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
科別及專科醫師人數	_____科_____人；_____科_____人；_____科_____人； _____科_____人；_____科_____人；_____科_____人；		
醫事人力	登錄人員醫師_____人；護理師/護士_____人；藥師/藥劑生_____人；醫檢師/醫檢生_____人； 醫事放射師(士)_____人；職能治療/物理治療_____人；營養師_____人；其他_____人		

考 核 項 目(督導考核人員填寫)		符合	不符合	不適用或輔導
一、醫政管理				
1	市招及診所科別應與醫療機構開業執照相符。(醫療法第 17 條規定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	廣告登載內容符合醫療廣告規定。(醫療法第 85、86 條規定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	醫療機構應將開業執照、診療時間及醫師證書等懸掛明顯處所，並公告收費標準，且依本縣醫療機構收費標準收費。(醫療法第 20 條、第 21 條、第 108 條規定)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	收據：門診醫療費用收據須符合衛生署公告之規定。【衛生福利部(前衛生署)醫字 0960203653 號】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	掛號費：掛號費須符合衛生署公告之範圍規定。【衛生福利部(前衛生署)醫字第 0990208572 號】 醫療機構收取掛號費之參考範圍：門診為新臺幣 0 至 150 元。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
是否設有醫美部門： <input type="checkbox"/> 是(續訪醫政管理指標 6~10) <input type="checkbox"/> 否(免評醫政管理指標 6~10)				
6	查核美容醫學醫療機構之美容醫學服務項目、收費及醫師證照等，揭示於機構或部門入口明顯處及網頁。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	執行美容醫學其內部美容中心或部門如與醫療機構同址設置，應有獨立空間及獨立進出門戶，且與醫療業務區域區隔。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	醫療機構內部無設立美容中心或部門，查核列管美容工作人員名冊。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	執行美容醫學其內部美容中心或部門應依瘦身美容業管理規範，辦理公司登記、營利事業登記，並載明相關營業項目。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	美容醫學相關器材應定期檢查、維護、保養並留有紀錄應有維護保養紀錄，若為外包商處理，應訂有合約可查詢。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
二、環境及設備				
1	診所內消防設備(具備滅火器及不斷電照明設備或逃生出入口指示燈，各兩項)，並定期檢查。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	急救藥品及急救設備。 急救設備：人工呼吸輔器、氧氣筒 急救藥品：Epinephrine、Atropine (此二項為必備藥品) (依診所設置標準：中醫及牙醫免評。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不適用
三、醫療品質與病人安全				
1	用藥檢視從處方到給藥之流程是否存有安全疑慮。(落實正確三讀五對之給藥程序)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

第一聯衛生局留存(白) 第二聯診所留存(黃)



2	藥劑之容器包裝應有標示項目： <input type="checkbox"/> 病患姓名， <input type="checkbox"/> 性別， <input type="checkbox"/> 藥品商品名， <input type="checkbox"/> 藥品單位含量與 <input type="checkbox"/> 數量， <input type="checkbox"/> 用法與 <input type="checkbox"/> 用量， <input type="checkbox"/> 調劑地點（醫療機構或藥局）之名稱、 <input type="checkbox"/> 地址、 <input type="checkbox"/> 電話號碼， <input type="checkbox"/> 調劑者姓名， <input type="checkbox"/> 調劑（或交付）日期、 <input type="checkbox"/> 警語。（醫療法第 66 條、醫師法第 14 條、藥師法第 19 條）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	藥名、包裝、外型相似及高危險性藥品，予以區隔或加警示標示避免誤用。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	調劑處所之環境設施、調劑設備、藥品保存，符合優良藥品調劑作業規範。（調劑設施 <input type="checkbox"/> 有（6 平方公尺以上） <input type="checkbox"/> 無） （診所設置標準、優良藥品調劑作業準則§9-15、§21；罰則：藥事法§93）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	冰箱藥品標示開瓶日期及有期限。（優良藥品調劑作業準則§15；罰則：藥事法§93）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不適用
6	管制藥品應設置專櫃及加鎖保管，麻醉藥品應有適當保管機制。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不適用
七、食品作業				
1	營養師依營養師法規定辦理執業執照更新。（營養師法§7、§11）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不適用
八、健康促進作業				
1	於入口明顯處張貼禁菸標誌且並不得供應與吸菸有關之器物。 依據菸害防制法第 15 條第 2 項規定：醫療機構應於所有入口處設置明顯禁菸標誌，並不得供應與吸菸有關之器物。 依據菸害防制法第 31 條規定：違反第 15 條第 2 項規定者，處新臺幣 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰，並令限期改正；屆期未改正者，得按次連續處罰。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	開辦戒菸門診， <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是：一週____診、受訓醫師人數____名、醫師總數____名。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導 <input type="checkbox"/> 不適用
3	提供戒菸諮詢服務： <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是：提供戒菸諮詢服務之醫事人員____名。 103 年提供戒菸諮詢服務人數____位。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導 <input type="checkbox"/> 不適用
4	宣導二代戒菸治療服務。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導 <input type="checkbox"/> 不適用
5	以海報、單張或衛教等方式提供民眾衛生教育（如：預防保健、健康促進、菸害防制、癌症篩檢、學齡前兒童免費健康檢查服務等），或參加品質提昇相關活動。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導 <input type="checkbox"/> 不適用
6	診所及接生者出生性別比（SRB）未顯著大於 1.06。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導 <input type="checkbox"/> 不適用
7	參與母嬰親善醫療院所認證。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導 <input type="checkbox"/> 不適用
8	辦理預防保健服務任一項。（如有辦理，請勾選辦理項目： <input type="checkbox"/> 子宮頸抹片檢查 <input type="checkbox"/> 乳房攝影檢查 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜檢查 <input type="checkbox"/> 糞便潛血檢查）	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導 <input type="checkbox"/> 不適用
九、檢驗作業 <input type="checkbox"/> 不受理檢驗 <input type="checkbox"/> 受理檢驗（委外檢驗：填寫第 1-5 項，自辦檢驗，填寫第 6-11 項）				
<input type="checkbox"/> 委外檢驗：填寫第 1-5 項				
1	提供委外檢驗機構資料(如委外合約書、委託項目明細等)。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
2	委外檢驗後，檢驗報告是否為委外實驗室具名並由合格醫檢師、生核章所發出的報告（診所不得將檢驗報告轉為由診所具名的檢驗報告）。（醫事檢驗師法第 17 條）	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
3	委託檢驗提供檢驗明細（如詳載病患姓名、身份證字號、檢驗項目、送件時間）。（身份證字號可用病歷號或姓名取代）	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
4	委外檢驗室名稱：_____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
5	委託傳染病檢驗項目須依據傳染病防治法第 46 條第 3 項，委託 CDC 認可之傳染病檢驗機構辦理。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
<input type="checkbox"/> 自辦檢驗，填寫第 6-11 項				

第一聯衛生局留存（白） 第二聯診所留存（黃）

6	聘雇合格醫檢師、生。(現場查核醫檢師、生執業執照或影本)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	詳載採檢資料(詳載病患姓名、身份證字號、檢驗項目等)。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
8	具有檢驗品管監控措施(參加外部能力試驗及內部品管並留有紀錄)。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
9	檢驗報告內容的完整性(1.送檢單位 2.中文名稱的檢驗項目 3.英文名稱的檢驗項目 4.姓名 5.身分證字號 6.檢驗結果 7.參考範圍值&單位 8.檢驗師核章 9.檢驗日期/時間)。(身份證字號可用病歷號或姓名取代)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
10	檢驗結果紀錄、檢驗報告及醫事檢驗品管紀錄應依醫事檢驗師法規定至少保存3年。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
11	執行傳染病檢驗項目,需取得CDC認可之傳染病檢驗機構證書。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
十、醫療機構其他業務作業管理				
1	感染性廢棄物處理 <input type="checkbox"/> 無; <input type="checkbox"/> 有,委託廠商:_____	<input type="checkbox"/>		
2	診所內提供安全針具使用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。 (另診所內是否有使用後之廢棄針具 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)。 ※103年度起診所普查將針對有可能執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置診所,完成全面提供安全針具之查核,列入診所普查必要考核項目。(醫療法第56條第2項規定)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導使用
十一、配合衛生政策宣導				
1	機構內施行電子病歷製作(醫療法第69條、醫療機構電子病歷製作及管理辦法第3條及第7條)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	宣導民眾簽署安寧緩和器官捐贈同意書。 <input type="checkbox"/> 張貼海報 <input type="checkbox"/> 放置5項簽署單張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	103年有通報過台灣病人安全1家以上。	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 輔導
4	張貼愷他命宣導海報「拉K一時、尿布一世」並提供成果照片。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
發放之輔導單張:				
督考人員簽注意見:				
負責醫師 簽章	機構自填資料,均屬事實,如有不實,願負全責	現場稽查 人員簽章		現場稽查 人員簽章

※ 未符合考核項目請機構提報書面改善及佐證資料,於2週內回復桃園縣政府衛生局備查,機構如未回復,則採再次現場稽查方式。

回復E-mail: a2300@tychb.gov.tw; Fax: 03-3370885; TEL: 03-3340935#2304 承辦人:李婷婷小姐

103.03.



公告三

牙醫參與戒菸服務輔導班

牙全聰字第1171號

主旨：檢送全聯會辦理104年「牙醫參與戒菸服務輔導班」課程資訊，歡迎已完成102、103年戒菸課程之牙醫師踴躍報名參加，詳如說明段，請查照。

說明：一、104年辦理104年「牙醫師參與戒菸服務輔導班」，歡迎已完成102、103年戒菸課程之牙醫師踴躍報名參加。

二、課程場次、時間與地點：

場次	時間	地點
台北場	104年4月26日上午09:25~12:10	新領域教育中心A館406教室
台中場	104年4月26日下午13:55-16:50	中山醫學大學正心樓0222教室
高雄場	104年5月24日上午09:25~12:10	高雄榮總醫院門診大樓第二會議室

三、報名對象：已完成102、103年戒菸初階課程之牙醫師

四、報名方式：

(一) 傳真報名：(02)2500-0126，請填妥以下報名表並傳真回傳至全聯會。

(二) 線上報名：請參考全聯會線上報名系統

(<http://gis.cda.org.tw/GIS/Online.aspx>)

(三) 承辦人：牙醫師公會全聯會 陳先生 02-25000133轉252

五、報名人數：額滿為止。

六、本課程包含繼續教育學分3學分。

104年牙醫參與戒菸服務輔導班報名表

基本資料(必填)			
姓名		服務單位	
身份別	牙醫師	聯絡手機	
E-mail			
參加場次(請勾選)			
<input type="checkbox"/> 北區場	◆ 時間：4/26(日)上午 09:00-12:10 ◆ 地點：新領域教育中 心 A 館 406 教室(台北市館前路 49 號 4 樓)		
<input type="checkbox"/> 中區場	◆ 時間：4/26(日)下午 13:30-16:50 ◆ 地點：中山醫學大學正心樓 0222 教室(台中市南區建國北路一段 110 號)		
<input type="checkbox"/> 南區場	◆ 時間：5/24(日) 上午 09:00-12:10 ◆ 地點：高雄榮總第二會議室(高雄市左營區大中一路 386 號)		
說明：			
1. 本會傳真專線：02-25000126，洽詢專線：02-250001323#252 陳先生			
2. 本會保留課程變更的權利，如有異動，將以簡訊通知報名者			
3. 當日上課情況可洽本會公務手機：0911-017527 或 0935-336756(課程舉辦期間開機)			

公告四

銀髮族口腔照護課程-牙醫師如何看待銀髮族口腔衛生與治療之影響

牙全聰字第1172號

主旨：檢送全聯會辦理「銀髮族口腔照護課程-牙醫師如何看待銀髮族口腔衛生與治療之影響」台北場課程資訊，歡迎醫師踴躍報名參加。

說明：一、104年辦理「銀髮族口腔照護課程-牙醫師如何看待銀髮族口腔衛生與治療之影響」台北場課程資訊，歡迎醫師踴躍報名參加。

二、課程時間：104年5月31日上午09:00-12:00

三、課程地點：牙醫師公會全國聯合會第一會議室

(台北市中山區復興北路420號10樓)

四、報名方式：

(1) 傳真報名：(02)2500-0126，請填妥以下報名表並傳真回傳至本會。

(2) 線上報名：請參考全聯會線上報名系統
(<http://gis.cda.org.tw/GIS/Online.aspx>)

(3) 承辦人：牙醫師公會全聯會 陳先生 02-25000133轉252

(4) 本課程受理報名人數：額滿為止(70人)

(5) 報名時間：104年3月16日至5月28日。

銀髮族口腔照護課程

「牙醫師如何看待銀髮族口腔衛生與治療之影響」報名表

基本資料(必填)

姓名		出生年月日	年	月	日
身份證字號		服務單位	醫院牙科/牙醫診所		
電話	()	服務地址	□□□		
聯絡手機		電子信箱			
報名場次	<input type="checkbox"/> 5/31(日)台北場				

說明：

1. 本會傳真專線：02-25000126，洽詢專線：02-250001323#252 陳先生
2. 當日上課情況可洽本會公務手機：0911-017527 或 0935-336756(課程舉辦期間開機)
3. 本會保留課程變更的權利，如有異動，將以簡訊通知報名者。