【附件1-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務申請書（以院所為單位）

診所申請類別

□初級□進階

1. 醫療院所名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 代號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 所屬層級別：□醫學中心 □區域醫院 □地區醫院
3. 院所負責醫師姓名**：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身分證字號**：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 院所電話：（ ）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 傳真：（ ）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. 聯絡人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 電話：（ ）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. 地址：□□□\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. 醫院設置科別及相關人員：□整形外科、□口腔外科、□牙科、□耳鼻喉科、
□精神科、□神經外科、□眼科、□語言治療、□社會工作、□臨床心理、
□其他相關科別及人員：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. 院內醫師資格：□口腔顎面外科專科醫師（專任\_\_位、兼任\_\_位）□牙科矯正醫師
9. 牙科門診設備：□急救設備、□氧氣設備、
□心電圖裝置（□Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、□血氧濃度oximeter）、
□其他設備：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. 申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 分科別 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

\*備註：

1.寄送地址：10476 台北市復興北路420號10樓 牙醫全聯會收

2.參與本計畫提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向牙醫全聯會申請，並由牙醫全聯會報送健保署各分區業務組核定，異動時相同。