

衛生福利部

114 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定」計畫書

一、依據：

牙醫專科醫師分科及甄審辦法第八、九、十條及特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定標準。

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(以下簡稱特需)專科醫師專科之甄審與訓練有迫切之需求，有關特需專科醫師甄審之初審及訓練機構認定等作業，由衛生福利部(以下簡稱本部)組成聯合甄審委員會，並委託社團法人中華牙醫學會(以下簡稱中華牙醫學會)辦理。

111 年度特需專科醫師訓練機構認定作業，適逢 COVID-19 疫情，以書面審查方式辦理，112 年度疫情緩和，以書面審查及實地訪視方式辦理 112 年度及 113 年度特需專科醫師訓練機構認定作業，並已公告合格名單，共計 18 家訓練機構，可收訓容額為 31 名。

三、計畫目的：

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、申請單位及實施期間：

(一) 申請單位：

1. 新申請認定之醫療機構。
2. 資格在有效期限內之特需訓練機構。

(二) 實施期間：自 113 年 7 月 12 日起至 113 年 10 月 31 日止。

五、實施方式：

(一) 申請方式：採線上申請

(<https://forms.gle/D5ztuLDcdWXzRHND9>)，並上傳佐證文件；另

機構申請書（附件 1）及文件檢核表(附件 3，包含「已收訓」或「未收訓學員」2 種，請機構依目前特需專科醫師收訓情形，擇一檢核)經機構內部確認並核章完成，連同相關 excel 檔案以電子郵件傳送至 yehvehli@gmail.com 信箱，標題請註明○○○特需訓練機構申請；經中華牙醫學會檢視上傳資料後，將於 5 個工作日寄發確認信。

(二) 符合機構：經衛生福利部「特需專科醫師聯合甄審委員會」審查書面資料通過，初次申請或書審結果應進行實際訪視該訓練機構後認定為符合者。

(三) 審核機制：

1. 審查委員遴選原則及其方式：特需專科醫師訓練機構認定之審查委員由特需專科醫師聯合甄審委員會委員擔任。由甄審委員會主任委員擔任召集人，每 3 人一組，進行訓練機構書面審查。

2. 書面審查：

(1) 辦理時間：預計自 113 年 8 月 1 日起至 113 年 8 月 15 日止。

(2) 適用機構：符合特需專科醫師訓練機構認定基準之訓練機構（包含醫院或診所），於 113 年 7 月 26 日以前完成線上申請。

(3) 審查委員人數：書面審查委員由特需專科醫師訓練機構之審查委員擔任。由聯合甄審委員會主任委員擔任召集人，每 3 人一組，進行訓練機構書面審查。

(4) 審查原則：特需專科醫師訓練機構認定基準，共分四大項審查項目，經書面審查(或視情況進行實地訪查)及委員共識會議，訓練機構評定結果分「符合」及「不符合」。但若查核專任特殊需求者口腔醫學科專科醫師指導醫師數量不足，則該機構不予通過。

(5) 審查重點項目與內容：審查重點項目詳附件 2。

3. 實地訪查

(1) 辦理時間：預計為 113 年 8 月。

(2) 適用機構：

I. 資格有效期限內之訓練機構，如經書面審查認為有必要者。

II. 新申請之專科醫師訓練機構。

(3) 訪查委員人數：書面審查委員由特需專科醫師訓練機構之審查委員擔任。由聯合甄審委員會主任委員擔任召集人，每3人一組，進行訓練機構書面審查。

(4) 訪查程序及訪查重點項目與內容

I. 訪查程序：

i. 訪查前置作業：書面審查通過，確認當年度實地訪查名單，並召開委員共識會議進行各機構訪查委員、訪查時間及訪查委員之共識；發函各訓練機構實地訪查通知，依實地訪查內容進行簡報及準備資料或機構實地查核事宜。

ii. 實地訪查：訪查委員依據特需專科醫師「訓練機構認定基準」及「訓練課程基準」進行現場訪查，並填寫訓練機構實地訪查評分表，由中華牙醫學會綜整，相關議程及細節由本部另函通知。

iii. 訪查結果：召開聯合甄審委員會會議確認後，若需限期改善或複查者另函通知，訪查結果由聯合甄審委員會確認並經本部核定後公告之。

II. 訪查重點項目與內容：依據申請機構填寫之線上申請單與相關文件審查。

4. 訓練容量需求及分配：各訓練機構每年招收之訓練醫師人數，以每一位合格之特殊需求者口腔醫學科專任指導醫師，得訓練一位特殊需求者口腔醫學科受訓醫師為原則，每增加一位受訓醫師，需增加一位合格之專任特殊需求者口腔醫學科指導醫師或二位兼任特殊需求者口腔醫學科指導醫師，惟兼任指導醫師不得超過專任指導醫師

的二倍。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。

六、計畫期程：

特需專科醫師訓練機構認定工作時程如下(本部得視機構申請情形進行調整)：

- ◆ 自 113 年 7 月 12 日起至 113 年 7 月 26 日：機構提出申請。
- ◆ 113 年 8 月 1 日至 8 月 15 日：書面審查及召開審查結果共識會議。
- ◆ 113 年 8 月 16 日至 8 月 31 日：實地訪視及召開審查結果共識會議。
- ◆ 113 年 9 月 30 日前：提報訓練機構審查結果。

七、經費：

由衛生福利部委託辦理 113 年度「牙醫專科醫師甄審之行政襄助委託計畫」項下支應。

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、聯絡資訊

中華牙醫學會李先生

電話 0918169693

電子郵件:yehvehli@gmail.com、ads.tw@msa.hinet.net。

衛生福利部特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構申請書

請勾選申請對象

新申請機構已為合格機構(在資格有效期間內)尚未收訓已收訓_____名(收訓年度：_____年)

訓練機構名稱：
地址：
電話：
特殊需求者口腔醫學科主任／負責人：

茲填具「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構」評核各項資料並檢附相關文件，惠請予以評核為荷。

特殊需求者口腔醫學科負責人：_____簽章

訓練機構牙科部負責人：_____簽章

聯絡人姓名：

電 話：

電子郵件：

填表日期：中華民國_____年_____月_____日

壹、訓練機構條件

項目	評核標準	自評	評核委員
一、醫療業務	<p>認定標準： 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。 ◎需檢附每年至少有 200 人次病例</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院牙科：medically compromised。 2.老人牙醫學：65 歲。 3.早療：0~6 歲尚未拿到認定。 4.長照：失能者在長期服務法(手冊)。 5.身、心障礙者：16 類 (50%) (除身、心障礙者外，需至少包含其他四類中兩類。身、心障礙者 16 類中至少要有三類。請使用附表中制式表格。) 	符合() 不符合()	符合() 不符合()
二、醫療設施及設備	<p>特需專屬治療區： _____坪</p> <p>候診區 有<input type="checkbox"/> 無<input type="checkbox"/></p> <p>治療區 有<input type="checkbox"/> 無<input type="checkbox"/></p> <p>衛教區 有<input type="checkbox"/> 無<input type="checkbox"/></p> <p>認定標準： 專屬治療區，並符合無障礙設施設備設計標準。 ◎需檢附照片及平面圖佐證。</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()

項目	評核標準	自評	評核委員
	<p>特殊需求者治療台： 專屬特殊需求者口腔醫學科治療椅台。</p> <p>認定標準： 專屬治療椅至少二台。</p> <p>◎需檢附照片佐證。</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()
	<p>X光設備： 牙根尖(periapical)____台。 全景環口攝影(panography)_____台。</p> <p>其它： 認定標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>◎需檢附照片佐證。</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()
	<p>消毒設備： 高溫高壓滅菌鍋____台 浸泡式消毒設備____套</p> <p>其它： 認定標準： 消毒設備：CSR 中央供應室或高溫高壓滅菌鍋、浸泡式消毒設備至少各一台。</p> <p>◎需檢附照片佐證。</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()

項目	評核標準	自評	評核委員
	<p>執行鎮靜或全身麻醉下之牙科治療設備</p> <p>移動式牙科治療機組____組。</p> <p>移動式X光機_____台。</p> <p>牙科器械櫃_____台。</p> <p>高速抽吸機_____台。</p> <p>氧氣輸出設備_____台。</p> <p>生命徵象監控設備_____台。</p> <p>急救設備_____台。</p> <p>認定標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 11.鎮靜或全身麻醉恢復室空間。 <p>◎需檢附照片佐證。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>

項目	評核標準	自評	評核委員
	<p>鎮靜或全身麻醉恢復室或空間 血氧計_____台。 生理監控設備_____台。 氧氣供應設備_____台。 抽吸設備_____台。 保暖設備_____台。</p> <p>認定標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>◎需檢附照片佐證。</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()
三、 人員	<p>專任指導醫師_____人。 兼任指導醫師_____人。 專任護理師(士)_____人。 助理員_____人。 技術員_____人。</p> <p>認定標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>◎需檢附名單、醫院聘書、醫師兩年以上專科證書，護理師執業執照佐證。</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()

項目	評核標準	自評	評核委員
四、品質管制及指定項目品質評估調查	<p>病人安全及醫療品質相關作業認定標準：</p> <p>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。</p> <p>2.訂定特殊需求者口腔醫學科病患安全作業規範與執行方針</p> <p>(1) 病患安全負責人之任務、責任及權限。</p> <p>(2) 標準作業程序及安全工作規範。</p> <p>(3) 治療辨識正確無誤方式。</p> <p>(4) 醫療錯誤及事件發生時之通報系統及應變檢討機制。</p> <p>◎需檢附相關作業文件清單。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>
	<p>完整病歷記載認定標準：</p> <p>1.病人基本資料：出生年月日、性別、年齡、身高、體重。</p> <p>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、夜間磨牙或顛顎關節疼痛之病史、牙齒創傷、合作程度。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>

項目	評核標準	自評	評核委員
	<p>5. 硬組織及軟組織之初診紀錄： 顛顎關節之評估、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。</p> <p>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、贖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）。</p> <p>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、行為誘導技巧、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。</p> <p>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。</p>		

項目	評核標準	自評	評核委員
	<p>◎佐證資料留原單位備查。</p> <p>◎請提供一份機構制式病歷</p>		
	<p>特殊項目</p> <p>認定標準：</p> <p>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。</p> <p>2.放射線作業品質</p> <p>(1) 放射線機械設置、防護與操作符合相關法規。</p> <p>(2) 依安全檢查手冊定期維護保養及製作紀錄。</p> <p>(3) 放射線影像判別之資料紀錄與完善儲存管理。</p> <p>(4) 放射線照射人員之教育及製作紀錄。</p> <p>3.危機管理應變：訂定診間危機事件可能發生（如火災、地震、病人突發病變與意外）之應變計畫與作業手冊、每年至少一次參加醫院之相關演習與訓練、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。</p> <p>◎需提供相關措施，應變機制之</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>

項目	評核標準	自評	評核委員
	清單。		
總計			符合__項 不符合__項

貳、教學師資

項目	評核標準	自 評	評核委員
一、科主任/ 訓練負責人	具有本部認定之特殊需求者口腔醫學科專科醫師。 ◎應為專任指導醫師。	符合() 不符合()	符合() 不符合()
二、專任指導醫師	1. 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. 台灣特殊需求者口腔醫學會或台灣特殊需求者口腔醫學科專科醫學會認可之專科醫師滿二年以上者。 ◎佐證請詳填表格二 ◎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。	符合() 不符合()	符合() 不符合()
三、兼任指導醫師	1. 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. 台灣特殊需求者口腔醫學會或台灣特殊需求者口腔醫學科專科醫學會認可之專科醫師滿二年以上者。 ◎佐證請詳填表格二 ◎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。	符合() 不符合()	符合() 不符合()

項目	評核標準	自 評	評核委員
四、訓練員額	1. 每一名專任專科指導醫師，每年得訓練一名新進醫師；每二名兼任專科指導醫師，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. 兼任專科指導醫師人數不得超過專任專科指導醫師人數之二倍。	符合() 不符合()	符合() 不符合()
總計			符合__項 不符合__項

參、教學設備

項目	評核標準	自 評	評核委員
一、教學場所	討論室 <input type="checkbox"/> 有，可容納__人 <input type="checkbox"/> 無 社區教學教室 <input type="checkbox"/> 有，可容納__人 <input type="checkbox"/> 無 居家牙醫教學教室 <input type="checkbox"/> 有，可容納__人 <input type="checkbox"/> 無 口腔衛教教室 <input type="checkbox"/> 有，可容納__人 <input type="checkbox"/> 無 特殊需求者口腔醫學科書籍_本 牙科相關書籍____本 特殊需求者口腔醫學科期刊_種 牙科相關期刊____種 認定標準： 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。 3. 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。 ◎需檢附教學場所照片及書刊列表。	符合() 不符合()	符合() 不符合()
二、教學設備	電腦_____台 網路設施 <input type="checkbox"/> 有、 <input type="checkbox"/> 無 單槍放映機_____台 認定標準： 1. 備有電腦、網路設備及提供	符合() 不符合()	符合() 不符合()

項目	評核標準	自 評	評核委員
	<p>受訓學員登入相關期刊網站帳號密碼之資訊場所。</p> <p>2. 適當教學設備:單槍放映機至少 1 台。</p> <p>◎佐證資料留原單位備查。</p>		
總計			<p>符合__項</p> <p>不符合__項</p>

肆、教學內容

項目	評核標準	自 評	評核委員
	<p>依本部公告之特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練課程基準檢附相關文件。</p> <p>認定標準：</p> <p>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。</p> <p>◎請填寫於表格八或檢附教學課程、教學計畫書內容。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>
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	<p>第一年</p> <p>1. 基礎學科：特殊需求者相關法規、倫理與社會福祉之理論與實務之學科。</p> <p>(1) 社會科學：醫學倫理、特殊需求者相關人權、法規制度、教育與福利之學科。(至少四小時)</p> <p>(2) 社區牙醫學：公共衛生學、健康教育、衛生計</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>

項目	評核標準	自 評	評核委員
全時三年	劃、醫務管理、醫療法規、感染管制之學科。 (至少六小時)		
	<p>2. 臨床學科:</p> <p>(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：</p> <p>A. 醫院牙醫學(hospital dentistry)。</p> <p>B. 身心障礙者牙醫學(disability dentistry)。</p> <p>C. 老人牙醫學(geriatric dentistry)。</p> <p>D. 長期照護牙醫學(long term care dentistry)。</p> <p>E. 早期療育牙醫學(early intervention dentistry)。</p> <p>(2) 其他臨床學科: 含實作。</p> <p>A. 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)</p> <p>B. 麻醉學: 麻醉基本知識、生命管理與認</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>

項目	評核標準	自 評	評核委員
	<p>識。(至少八小時)</p> <p>C. 急重症醫學:含成人及兒童之急救。(至少六小時)</p> <p>D. 復健醫學:含咀嚼、吞嚥困難之診斷與照護。(至少八小時)</p>		
	<p>3. 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，病例要求：</p> <p>(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，每一例病例中應包含牙體復形治療、牙髓病治療、牙周病治療及贖復補綴牙科治療之項目中，至少二項內容。</p> <p>(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。</p> <p>A. 牙體復形治療：至少共三十五例，包含 Class I 至 ClassV 至少三例。</p> <p>B. 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。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>

項目	評核標準	自評	評核委員
	<p>C.預防性樹脂修復 (preventive resin restoration)或窩溝封填 (pit and Fissure sealants)：至少三例。</p> <p>D.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。</p> <p>E.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。</p> <p>F.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。</p> <p>G.使用鎮靜或全身麻醉協助治療：至少二例。</p> <p>◎需檢附病例清單。</p> <p>◎無訓練學員之機構請提供符合病例要求病例各一例，並由指導醫師簡述教學目標。</p>		

項目	評核標準	自 評	評核委員
	<p>4. 社會服務：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。</p> <p>◎以上項目至少擇三服務，並配合社區牙醫學相關訓練(得於訓練期間完成)。</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>
<p>第 二 年</p>	<p>1. 基礎學科應涵蓋下列內容：(至少六小時)</p> <p>(1)先天性疾病遺傳學。</p> <p>(2)口腔及顱顏生長發育學。</p> <p>(3)口腔病理學。</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>
	<p>2. 臨床學科：</p> <p>(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：</p> <p>A. 醫院牙醫學(hospital dentistry)</p> <p>B. 身心障礙者牙醫學(disability dentistry)</p> <p>C. 老人牙醫學(geriatric dentistry)</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>

項目	評核標準	自 評	評核委員
	<p>D. 長期照護牙醫學 (longTerm care dentistry)</p> <p>E. 早期療育牙醫學 (early intervention dentistry)</p> <p>(2) 其他臨床學科:</p> <p>A. 內科學、小兒科學、老人醫學。(至少六小時)</p> <p>B. 麻醉學: 麻醉基本知識、生命管理與認識。(至少三小時)</p> <p>C. 急重症醫學: 含成人及兒童之急救。(至少三小時)</p> <p>D. 復健醫學: 含咀嚼、吞嚥困難之診斷與照護。(至少三小時)</p>		
	<p>3. 必須提報 (提報完整病例及紀錄) 在指導醫師督導下, 全程親自參與治療完成。</p> <p>4. 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, 病例要求:</p> <p>(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、牙周病治療及贗復補綴牙科</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>

項目	評核標準	自 評	評核委員
	<p>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。</p> <p>(2)完成特殊需求者之口腔治療操作，涵蓋下列各治療項目：</p> <p>A.牙體復形治療：至少共四十例，包含Class I至Class V至少三例。</p> <p>B.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)。</p> <p>C.預防性樹脂修復 (preventive resin restoration)或窩溝封填 (pit and fissure sealants)：至少三例。</p> <p>D.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)。</p> <p>E.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</p>		

項目	評核標準	自 評	評核委員
	<p>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。</p> <p>F. 贗復補綴治療；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。</p> <p>G. 使用鎮靜或全身麻醉協助治療；至少三例。</p> <p>◎需檢附病例清單。</p>		
二、教學活動	<ol style="list-style-type: none"> 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。 	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>
	<p>社會服務</p> <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>

項目	評核標準	自 評	評核委員
	3. 住宿式長照機構。 4. 居家醫療。 5. 偏鄉醫療。 ◎診療服務項目至少擇三項執行訓練計畫。		
	偏鄉訓練機構 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。	符合() 不符合()	符合() 不符合() 不適用()
總計			符合__項 不符合__項 不適用__項

1. 第貳項為必要項目，指訓練計畫必須完全符合此項要求，不具備即未符合申請資格。
2. 如果第壹項訓練機構條件之醫療業務項目未達符合者，得不分配容額。

表格一

教學師資審查						
一、專任指導醫師				共〔 〕人		此欄由訪查委員填寫
姓名	專科醫師證書字號	任職期間	*符合條件	符合	不符合	
<p>說明：<u>符合條件</u>請參考衛生福利部公告之特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定基準，第二大項「貳、教學師資」內容。</p> <p>認定標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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，或台灣特殊需求者口腔醫學會或台灣特殊需求者口腔醫學科專科醫學會認可之專科醫師滿二年以上者。 2. 依排班門診表或其他資料顯示，每週特殊需求者門診或特殊需求者口腔醫學科教學至少六小時以上。 3. 確實指導受訓醫師完成病例治療且應製作紀錄。 4. 訓練機構每年每訓練一位專科醫師時，至少必須聘有合格之專任特殊需求者口腔醫學科指導醫師二位擔任訓練指導工作。 						

表格二

教學師資審查					
二、兼任指導醫師 共〔 〕人				此欄由訪查委員填寫	
姓名	專科醫師證書字號	任職期間	*符合條件	符合	不符合
<p>說明：<u>符合條件</u>請參考衛生福利部公告之特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構認定基準，第二大項「貳、教學師資」內容。</p> <p>認定標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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，或台灣特殊需求者口腔醫學會或台灣特殊需求者口腔醫學科專科醫學會認可之專科醫師滿二年以上者。 2. 依聘書或在職證明認定，每週特殊需求者門診或特殊需求者口腔醫學科教學至少三小時以上。 3. 向衛生局報備支援且經事先報准。 4. 專科指導醫師最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。 					

表格三

專兼任師資門診排班表（請呈現 113 年 1 月以後之單位門診表）

--

表格四

缺失改進說明(新申請機構得免填)

項目	前一年度建議改進內容	訓練機構說明
一		
二		
三		
四		
五		
六		
七		

表格五

受訓醫師調查 (新申請機得免填)							此欄由審查 委員填寫	
姓名	受訓醫 師編號	性 別	出生 年月日	牙醫師 證書字號	受訓期間		符 合	不 符合
					起始	終止		
由訓練機構自評____年度（下一年度）可受訓醫師名額_____人								
認定標準： 1. 訓練機構應交受訓醫師之正式門診排班表，每週至少六次門診以上。 2. 受訓醫師須執業登記或報備支援於特殊需求者口腔醫學科訓練機構。 3. 評鑑核可後，將由甄審委員會核定每年訓練之名額。								

表格六

受訓醫師門診排班表(新申請機構得免填)

--

表格七

受訓醫師完成全人照護及治療計畫之十個病例清單(新申請機構得免填)

受訓醫師：

編號	病患姓名	年齡	性別	出生年月日	病歷號碼	聯絡電話	特殊需求類型	治療類型	受訓醫師開始治療日期	開始治療日期	治療結束日期	追蹤日期	指導醫師
1.							<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 早療 <input type="checkbox"/> 長照 <input type="checkbox"/> 其他 (可自行列出)	<input type="checkbox"/> 牙體 <input type="checkbox"/> 牙髓 <input type="checkbox"/> 贗復 <input type="checkbox"/> 牙周					
2.													
3.													
4.													
5.													

註 1：指導醫師欄請簽名/蓋章

表格七~1

受訓醫師治療病例(新申請機構得免填)

受訓醫師：

編號	病患姓名	年齡	性別	出生 年月日	病歷 號碼	聯絡 電話	特殊需求 類型	治療類型	受訓醫師 開始治療 日期	開始治 療日期	治療結 束日期	追蹤 日期	指導 醫師
1							<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 早療 <input type="checkbox"/> 長照 <input type="checkbox"/> 其他 (可自行列出)	<input type="checkbox"/> 牙體 <input type="checkbox"/> 牙髓 <input type="checkbox"/> 贖復 <input type="checkbox"/> 牙周 <input type="checkbox"/> 拔牙 <input type="checkbox"/> 全身麻醉/鎮 靜輔助					
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

註 1：請依特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練課程基準之規定填報。

註 2：指導醫師欄請簽名/蓋章。

註 3：每位受訓醫師皆需填寫。本表若不敷使用，請自行增加欄位填寫。

表格八

訓練機構年度課程清單（請依機構第一年、第二年課程資料填寫，含教學活動及社會服務）

編號	類型(課程/社會服務/教學活動)	標題	時間	地點	負責人/授課講師
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

註 1：如檢附原單位教學課程、教學計畫書內容可不填寫本表。

註 2：新申請機構社會服務項目需檢附訓練計畫及過去辦理之實績紀錄。

註 3：本表若不敷使用，請自行增加欄位填寫。

表格九

異動佐證欄資料(新申請機構得免填)

--

註 1：請檢附申請書內有變動項目之佐證。

註 2：本表若不敷使用，請自行增加欄位填寫。