

臺南市政府衛生局口腔保健巡迴車管理作業要點

- 一、臺南市政府衛生局（以下簡稱本局）為落實臺南市（以下簡稱本市）牙醫醫療資源不足地區民眾口腔保健醫療需求，購置口腔保健巡迴車（以下簡稱巡迴車），為合理使用及管理巡迴車輛，特訂定本管理作業要點。
- 二、申請者以協助辦理本市牙醫醫療資源不足地區口腔保健及醫療服務之轄內醫療機構及醫療法人為優先。
- 三、服務區域為本市牙醫醫療資源不足及偏遠地區，服務項目為口腔預防保健與一般牙科治療。
- 四、每次使用巡迴車執行巡迴服務，至少應有執照之醫師一人及隨車人員一人。申請使用巡迴車應事前完成報備支援。
- 五、申請使用巡迴車須於2個月前填具申請表（如表一）。經核准使用巡迴車之申請者，如欲變更申請內容，應於使用前十五日內以書面或傳真向本局報准。
- 六、申請者與其他申請者使用日期有衝突者，以先申請單位為優先。
- 七、使用巡迴車完畢應填寫成果表，並於活動結束3日內提報本局（如表二），俾便日後評估巡迴車使用績效。
- 八、巡迴車每日工作結束後，應立即交還本局（東興辦公室），使用期間配備儀器如有遺失、損壞時，由使用單位照價賠償。
- 九、本巡迴車除執行本局核可之業務外不得移作他用。
- 十、申請者應先與本局訂定契約，並依契約內容規範使用。
- 十一、本要點如有未盡事宜者，得隨時修訂之。

(表一)

臺南市政府衛生局口腔保健巡迴車使用申請書

申請日期： 年 月 日

使用日期	使用時間	地點	預估參加人數	支援醫療機構	支援牙醫師
年 月 日 (星期)	$\frac{\pm}{\mp}$ 午 時 至 $\frac{\pm}{\mp}$ 午 時				
年 月 日 (星期)	$\frac{\pm}{\mp}$ 午 時 至 $\frac{\pm}{\mp}$ 午 時				
年 月 日 (星期)	$\frac{\pm}{\mp}$ 午 時 至 $\frac{\pm}{\mp}$ 午 時				
年 月 日 (星期)	$\frac{\pm}{\mp}$ 午 時 至 $\frac{\pm}{\mp}$ 午 時				
年 月 日 (星期)	$\frac{\pm}{\mp}$ 午 時 至 $\frac{\pm}{\mp}$ 午 時				
年 月 日 (星期)	$\frac{\pm}{\mp}$ 午 時 至 $\frac{\pm}{\mp}$ 午 時				

申請 (借用) 單位：_____ 負責人：_____

承辦人：_____ 聯絡電話：_____ 傳真：_____

(表二)

臺南市政府衛生局口腔保健巡迴車成果表

日期：

時間：

巡迴檢查地點：

	年齡	性別		塗氟	窩溝 封填	洗牙	口篩/ 異常	假牙 調整	齲齒 顆數	齲齒 填補	其他 (自填)
		男	女								
1							/				
2							/				
3							/				
4							/				
5							/				
6							/				
7							/				
8							/				
9							/				
10							/				
11							/				
12							/				
13							/				
14							/				
15							/				
16							/				
17							/				
18							/				
19							/				
20							/				
21							/				
22							/				

借用單位：_____ 負責人：_____ 填報人：_____ 聯絡電話：_____

※請於活動結束三日內回傳臺南市政府衛生局國民健康科

※本表若不敷使用，請自行依本表格式增加