

116 年度「植牙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「植牙科專科醫師訓練機構認定基準」，特訂定本計畫。
- 二、緣起：為培育具備處理複雜性個案或接手其他牙醫師植牙失敗個案能力之植牙科專科醫師，爰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）辦理植牙科專科醫師甄審及訓練機構認定作業。
- 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，以培育植牙醫療領域人才。
- 四、申請資格：具備訓練牙醫師成為口腔顎面外科、鑲復補綴牙科及牙周病科專科醫師之準醫學中心^註以上資格之醫院。

註：準醫學中心係本部公告為「醫院評鑑合格（區域醫院—準醫學中心）」之醫院。

五、申請方式：

- （一）申請期間自 115 年 10 月 1 日起至 11 月 10 日止。
- （二）申請時應檢備下列文件：

項次	檢備文件	備註
1	植牙科專科醫師訓練機構認定檢核表	使用附件 1。
2	植牙科專科醫師訓練機構認定申請書	使用附件 2。
3	植牙科專科醫師訓練機構認定標準自評及執行情形	使用附件 3，填寫自評結果及執行情形。
4	病例清單（填寫近一年之資料） ^註	使用附件 3-1。
5	醫療設施及設備佐證資料	使用附件 3-2。
6	專任及兼任指導醫師清冊	使用附件 3-3，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。
7	品質管制及品質評估指定項目相關佐證資料	使用附件 3-4。
8	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 3-5，佐證門診（或教學門診）排班表、在職證明、醫師執業執照及

項次	檢備文件	備註
		專科醫師證書等正本彩色掃描檔案。
9	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 3-6, 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。
10	教學場所照片	使用附件 3-7。
11	專業書籍與期刊	使用附件 3-8。
12	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 3-9。
13	受訓醫師訓練規劃資料 ^註	使用附件 3-10, 佐證符合教學課程要求之各款病例各一例, 並由指導醫師簡述教學目標。
14	年度教學活動清單	使用附件 3-11。

註：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。

(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 115 年 11 月 10 日下午 5 時前以電子郵件方式寄予醫策會(dendr@jct.org.tw)，逾期不受理。

1. 項次 1-2、5-12、14 請依序以 Word 格式整併成一個檔案提供。

2. 項次 3-4、13 請以 Excel 格式提供。

3. 前述檔案名稱請依序設定為「編號-116 年度植牙科專科醫師訓練機構認定申請書-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) 須接受書面審查及實地訪查，內容依據「植牙科專科醫師訓練機構認定標準」

(如附件 3) 辦理。

1. 書面審查：機構依照「植牙科專科醫師訓練機構認定標準」五大項審查項目（含訓練機構條件、教學師資、教學設備、教學內容及偏鄉訓練機構）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。

2. 實地訪查：

(1) 訪查時程：預計為 116 年 2-3 月，於實地訪查前 1 個月，由醫策會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	30-50 分鐘	1. 依據「植牙科專科醫師訓練機構認定基準」及「植牙科專科醫師訓練課程基準」進行現場訪查。 2. 書面資料審查。 3. 受訪機構安排面談場地及訓練佐證資料。 4. 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。

(二) 書面審查及實地訪查合格標準：

1. 共分五大項、23 個評量標準（如下表），評核方式區分為「符合」、「部分符合」及「不符合」三等級，並設立必要項目，其該項目之所有細項須達符合。
2. 合格標準：評量結果以全數項目皆達「部分符合」以上，且百分之七十以上項目皆達「符合」為及格，「部分符合」之項目須限期改善。

項目類型	評量標準
必要項目	壹、訓練機構條件 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) 植牙臨床治療設備
必要項目	三、人員
一般項目	四、品質管制及品質評估指定項目 (一) 病人安全及醫療品質相關作業
一般項目	(二) 完整病歷記載
一般項目	(三) 特殊項目
必要項目	貳、教學師資 一、植牙部門主任/訓練負責人
必要項目	二、專任指導醫師
必要項目	三、兼任指導醫師
必要項目	四、訓練員額
一般項目	參、教學設備 一、教學場所
一般項目	二、教學設備
必要項目	肆、教學內容
必要項目	一、教學課程 (一) 第一年臨床職前訓練課程、口腔植體發展史及

項目類型	評量標準
	材料技術演進、人工植體補綴物之咬合型態考量及設計、擬定植牙治療計畫
必要項目	(二) 第一年至第二年基本手術治療
必要項目	(三) 第二年至第三年進階手術治療及病例報告
必要項目	(四) 第三年贗復補綴基礎課程
必要項目	(五) 第四年贗復補綴臨床操作課程
一般項目	(六) 第一年至第四年植牙併發症處理及病例報告
一般項目	二、教學活動
—	伍、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植牙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。

(三) 書面審查及實地訪查結果：

- 1.經認定合格之新申請機構，核予四年之資格效期（自 116 年 8 月 1 日起至 120 年 7 月 31 日止）。
- 2.書面審查結果：列入下次植牙科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。訪查結果列入下次植牙科專科醫師訓練機構認定之委員實地訪查參考。

(四) 訓練容量需求及分配：

1. 植牙專科醫師訓練機構之收訓容額，應依其實際訓練能力、指導醫師人力及教學資源核定，不得逾核定之訓練容量。
2. 訓練機構應同時具備口腔顎面外科、贗復補綴牙科及牙周病科三專科之指導醫師，始得申請植牙專科醫師訓練資格；其訓練容量之核定方式如下：
 - (1) 基本訓練容量：三專科各至少應置一名專任指導醫師，始得核定同時

收訓三名受訓醫師。

(2) 增加訓練容量：訓練機構符合前款規定後，每增加三名受訓醫師之收訓容額，應符合下列規定增置指導醫師：

A. 口腔顎面外科：應增加一名專任指導醫師。

B. 鑲復補綴牙科：應增加一名專任指導醫師，或二名兼任指導醫師。

C. 牙周病科：應增加一名專任指導醫師，或二名兼任指導醫師。

3. 前項第二款第二目及第三目所定兼任指導醫師，其人數不得超過該專科專任指導醫師人數之二倍。

4. 本條所定專任及兼任指導醫師，應符合植牙專科醫師訓練指導醫師資格，並實際參與臨床教學、病例討論、技術指導、學術活動及受訓醫師評核；其人數及資格，應於訓練機構申請認定及實地訪查時一併審查。

5. 訓練機構之指導醫師人數未符合本條規定者，其訓練容額應依實際符合之訓練容量重新核定；已不符原核定標準者，主管機關得命其限期改善，屆期未改善者，得調減或停止其收訓容額。

6. 擔任本計畫之專任師資者，不得再任原口腔顎面外科、鑲復補綴牙科、牙周病科之專任師資。如訓練機構因師資人數問題，致喪失口腔顎面外科、鑲復補綴牙科、牙周病科任一科之專科醫師訓練機構資格，則與本計畫申請條件不符，即喪失植牙科專科醫師訓練機構資格。

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，於實際收訓後三個月內提報登錄該名受訓醫師。

(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受訓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，如因異動致影響受訓醫師訓練權益，應有後續輔導機制及受訓醫師轉訓規劃，並提報予本部以保障受訓醫師之訓練權益。

八、預期效益：藉由本計畫審定國內植牙科訓練機構的品質與數量，讓想追求植牙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、注意事項：

(一) 植牙科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→植牙科
(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 3015、3338、3012。

十、116 年度訓練機構認定作業時程如下表：

作業項目	期程	辦理單位
公告訓練機構認定計畫	115 年 9 月	本部
受理訓練機構認定申請	115 年 10 月 1 日至 115 年 11 月 10 日	醫策會、訓練機構
訓練機構認定申請說明會	115 年 10 月	本部、醫策會、訓練機構
訓練機構認定書面審查及 補件作業	115 年 11 月至 12 月	醫策會、訓練機構
訓練機構認定實地訪查	116 年 2 月至 3 月	醫策會、訓練機構
訓練機構認定結果公告	116 年 4 月	本部

116 年度「植牙科專科醫師訓練機構認定」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
—	—	使用附件 2，植牙科專科醫師訓練機構認定申請書。		○是 ○否		
—	—	使用附件 3 (Excel 檔)，植牙科專科醫師訓練機構認定標準自評及執行情形。		○是 ○否		
壹、訓練機構條件						
一	醫療業務	使用附件 3-1 (Excel 檔)，列出近一年之病例資料。		○是 ○否		植牙科專科醫師訓練機構認定基準第一點第一款至第三款。
二	醫療設施及設備	使用附件 3-2，依序檢附專屬治療區/治療椅、治療設施及設備等臨床實景或平面配置圖與設施設備照片佐證。		○是 ○否		
三	人員	使用附件 3-3，檢附醫師執業執照、專科醫師證書、護理師（士）證書及執業執照證書等正本彩色掃描檔案佐證。		○是 ○否		
四-1	病人安全及醫療品質相關作業	使用附件 3-4，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		植牙科專科醫師訓練機構認定基準第一點第四款。
四-2	完整病歷記載	使用附件 3-4，檢附一份完整病歷 ^{註1} 。		○是 ○否		
四-3	特殊項目	使用附件 3-4，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	植牙部門主任/訓練負責人	訓練負責人應為專任指導醫師。		○是 ○否		植牙科專科醫師訓練機構認定基準第
二	專任指導醫師	使用附件 3-5，檢附門診（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、醫師執業執照及專科醫師證書等正本彩色掃描檔案佐證。				貳點第一款至第三款。
三	兼任指導醫師	使用附件 3-6，檢附門診(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、專科醫師證書及報備支援報准資料等正本彩色掃描檔案佐證。	○是 ○否			
參、教學設備						
一	教學場所	使用附件 3-7，檢附教學場所照片佐證。	○是 ○否			植牙科專科醫師訓練機構認定基準第參點第一款至第二款。
二	教學設備	使用附件 3-8，檢附專業書籍及期刊清單佐證。	○是 ○否			
肆、教學內容						
一	教學課程	使用附件 3-9，檢附第一年至第四年課程資料，亦可檢附原機構規劃之教學課程及教學計畫書佐證。	○是 ○否			植牙科專科醫師訓練機構認定基準第肆點第一款至第二款，及植牙科專科醫師訓練課程基準。
		使用附件 3-10(Excel 檔)，檢附符合教學課程要求之各款病例各一例，並由指導醫師簡述教學目標佐證。	○是 ○否			
二	教學活動	使用附件 3-11，表列第一年至第四年教學活動清單佐證。	○是 ○否			

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.繳交本檢核表時，應依序確認須檢附之各項文件並放置於各章節後佐證，經機構內部簽核流程後，提供醫策會審查使用。

承辦人簽章：_____

植牙部門主任 / 負責人簽章：_____

116 年度「植牙科專科醫師訓練機構認定」申請書

訓練機構名稱	
牙 科 部 主任 / 負責人	
植 牙 部 門 主任 / 負責人	
聯絡人（職稱）	
電 話	
手 機	
電 子 信 箱	
地 址	

註：茲填具「植牙科專科醫師訓練機構認定」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：

植 牙 部 門 主 任 / 負 責 人 簽 章：

中 華 民 國

年

月

日

116 年度「植牙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	必要項目	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	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。		
佐證資料	使用「附件3-1、病例清單」(Excel檔)，檢附近一年符合植牙科專科醫師訓練課程基準所需之各種不同類型病例資料佐證。		
執行情形	本年度每月平均植牙就診人次____人次。		

二、醫療設施及設備

(一) 專屬治療區

項目	必要項目	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.具專屬植牙診療使用之區域。 2.候診區與治療區應有明顯區隔。		
佐證資料	使用「附件 3-2、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佐證。		
執行情形	植牙專屬治療區：____坪。 1.候診區：○有 ○無 2.治療區：○有 ○無		

(二) 專屬治療椅

項目	必要項目	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	植牙專屬治療椅至少四台。		
佐證資料	使用「附件 3-2、醫療設施及設備佐證資料」，檢附設備照片佐證。		
執行情形	植牙治療椅：____台。		

(三) 植牙臨床治療設備

項目	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.電腦斷層X光機：至少一台。 3.技工室。 4.植牙治療所需儀器及器械。 5.消毒設備：高溫高壓滅菌鍋一台或中央供應室（Central supply room，CSR）。 6.應訂有診間植牙相關器械使用流程與分配說明，且每週應定期清點及維修器械，並製作紀錄。		
佐證資料	使用「附件 3-2、醫療設施及設備佐證資料」，檢附設施、設備照片及器械清點與維修紀錄佐證。		
執行情形	1.X光設備： (1)牙根尖（periapical）：____台。 (2)全景環口攝影（panography）：____台。 (3)其他設備： 2.電腦斷層X光機：____台。 3.技工室：○有 ○無 4.植牙治療所需儀器及器械： 5.消毒設備：高溫高壓滅菌鍋：____台或中央供應室（Central supply room，CSR）：○有 ○無 6.植牙相關器械使用流程與分配說明及器械清點與維修紀錄：○有 ○無		

三、人員

項目	必要項目	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.訓練期間應聘有本部認定之專任植牙科專科指導醫師二名以上。 2.植牙科專科醫師訓練機構認定基準發布日起八年內，得聘有口腔顎面外科、鑲復補綴牙科及牙周病科等三專科各一名專任指導醫師，即可訓練新進醫師。 3.專任護理師（士）至少一名。		
佐證資料	使用「附件 3-3、專任及兼任指導醫師清冊」，檢附醫師執業執照、專科醫師證書、護理師（士）證書及執業執照證書等正本彩色掃描檔案佐證。		
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、品質管制及品質評估指定項目

(一) 病人安全及醫療品質相關作業

項目	一般項目	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、治療選項及治療方式。應備有告知同意書，說明後讓病人及相關人員簽名紀錄、說明內容應包括：植牙治療目的、過程、風險、限制、繳費方式、治療後維護問題等。 2.訂定植牙病人安全作業規範與執行方針： (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)醫療錯誤及安全危害事件發生時之通報系統及應變檢討機制。		
佐證資料	使用「附件 3-4、品質管制及品質評估指定項目相關佐證資料」，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）佐證。		

(二) 完整病歷記載

項目	一般項目	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、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。 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。 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（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、口腔衛生照護指標。 6.治療計畫：應治療之部位、預期之植牙治療，準備使用之修復材料、手術治療及過程、矯正治療及轉介給其他專科之時機（可能之替代治療計畫）。 7.病程記錄：治療日期、治療之部位、治療過程、修復材料、醫療照顧、治療之併發症及預後、影像檢查、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、飲食建議、處方、轉介其他專科醫師會診、急症處置、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。		
佐證資料	1.使用「附件3-4、品質管制及品質評估指定項目相關佐證資料」，檢附一份完整病歷（含【評量標準1-8】）佐證。 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	一般項目	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、防護與操作符合相關法規。 (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與完善儲存管理。 (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、植牙部門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。		
	1.使用「附件3-4、品質管制及品質評估指定項目相關佐證資料」，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、危機事件應變計畫與作業手冊等）佐證。 2.病歷相關資料：實地訪查時於原單位備查。		
佐證資料			

貳、教學師資

一、植牙部門主任/訓練負責人

項目	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	應具備下列資格之一： 1.具有本部認定之植牙科專科醫師二年以上者。 2.本部認定之口腔顎面外科、膺復補綴牙科或牙周病科專科醫師五年以上者。		
註	訓練負責人應為專任指導醫師。		
佐證資料	使用「附件3-3、專任及兼任指導醫師清冊」，檢附醫師執業執照、專科醫師證書等正本彩色掃描檔案佐證。		

二、專任指導醫師

項目	必要項目	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	應具備下列資格之一： 1.經本部認定之植牙科專科醫師二年以上者。 2.本部認定之口腔顎面外科、膺復補綴牙科或牙周病科專科醫師三年以上者。 3.專任指導醫師同一時間指導之受訓醫師至多一名（即師生比不得低於1：1）。		
註	每週植牙門診或植牙教學至少5次以上。		
佐證資料	使用「附件3-5、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佐證。		

三、兼任指導醫師

項目	必要項目	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	應具備下列資格之一： 1.經本部認定之植牙科專科醫師二年以上者。 2.本部認定之口腔顎面外科、顎復補綴牙科或牙周病科專科醫師三年以上者。		
註	1.兼任指導醫師：每週植牙門診或植牙教學至少6小時以上。 2.未有兼任指導醫師，本項得免評，毋須檢附資料。		
佐證資料	使用「附件3-6、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佐證。		

四、訓練員額

項目	必要項目	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.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。		

參、教學設備

一、教學場所

項目	一般項目	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.設置教室、討論室或會議室，並配備教學所需之資訊化設備，足供教學活動使用。 2.設置與臨床業務有適當區隔之辦公空間及設備，供擔任教學任務之人員使用（不限個別或共同使用）。		
佐證資料	使用「附件3-7、教學場所」，檢附教學場所照片佐證。		
執行情形	1.教室：○有，可容納____人 ○無 2.討論室：○有，可容納____人 ○無 3.會議室：○有，可容納____人 ○無 4.辦公空間：○有，可容納____人 ○無		

二、教學設備

項目	一般項目	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.具有網路學習平台，提供機構內人員及受訓醫師不受時間和地點限制之學習環境。 2.網路教學平台之教材內容應依需要每年定期更新，並提供本訓練相關訊息及網路文獻全		

	文檢索功能。 3.備有合適的網路教學資源、教學訓練教材或參考書籍，且合法取得學校或其他電子圖書及期刊資料。
註	1.網路教學平台泛指網路教學（即e-learning）設備。 2.文獻檢索至少能查閱全文文獻。
佐證資料	1.使用「附件3-8、專業書籍與期刊」，檢附植牙科相關之專業書籍與期刊佐證。 2.教學設備：實地訪查時於原單位備查。
執行情形	1.植牙科書籍：____本。 2.牙科相關書籍：____本。 3.植牙科期刊：____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	必要項目	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	應符合植牙科專科醫師訓練課程基準之規定。		
佐證資料	使用「附件3-9、年度課程清單」，檢附第一年至第四年之教學課程資料，亦可檢附原機構規劃之教學課程及教學計畫書佐證。		

一、教學課程（依本課程完成訓練，所需時間至少四年）

（一）第一年臨床職前訓練課程、口腔植體發展史及材料技術演進、人工植體補綴物之咬合型態考量及設計、擬定植牙治療計畫

項目	必要項目	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.臨床職前訓練課程，應包含下列內容： (1)一般門診常規作業要領。 (2)牙科植體治療設備及器械之使用。 (3)口腔攝影及記錄。 (4)以模擬訓練或演練方式進行實作課程。 2.口腔植體發展史及材料技術演進。 3.人工植體補綴物之咬合型態考量及設計。 4.擬定植牙治療計畫，應包含以下內容： (1)以病人為中心之整體評估，進行植牙風險效益分析，並提供植牙以外替代治療方案。 (2)治療計畫應包含：病人生理、心理、靈性、社會面向評估、錐狀束電腦斷層攝影判讀及說明、全口模型或數位口內掃描檔案分析、與替代方案之比較、數位虛擬手術、手		

	術導板設計或即時導航之規劃。
	(3)病人術前身體評估應包含：系統性疾病及用藥評估；採鎮靜麻醉或全身麻醉之病人應包含：術前臨床檢查（全血球檢查、生化檢查、凝血檢查、影像學檢查）及麻醉風險評估（ASA classification）。
	5.基本病例數要求：擬定植牙治療計畫，其中至少 1 例單顎重建、1 例全口重建及 3 例包含系統性疾病及用藥評估之病例。

（二）第一年至第二年基本手術治療

項目	必要項目	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.在指導醫師督導下，自始至終親自完成基本手術治療，應包含以下內容： (1)牙周翻瓣手術。 (2)繫帶切除術。 (3)唾液腺囊腫摘除手術。 (4)切開引流手術。 (5)拔牙。 (6)齒切除手術。 (7)囊腫摘除手術。 (8)牙周及軟組織整形手術（包含牙周及植體周圍整形手術，擷取自體軟組織移植術，角化牙齦移植手術、前牙美觀區軟組織移植術等）。 (9)膺復或矯正相關牙周手術（包含臨床牙冠增長術、手術露出術、齒槽脊增量手術、骨導引再生術、前庭成形術等）。 (10)植牙手術前準備手術，包含以口腔區域自體骨及自體骨替代物進行骨增量手術且能與相關輔助手術或處置（如：齒槽脊保存術、齒槽盾牌術、垂直或側窗鼻竇提升術、血小板纖維蛋白操作等），且骨缺損區前後範圍需大於兩公分且垂直缺損需大於1公分）相互搭配應用，並於術後觀察取骨處傷口復原情形及補骨處癒合狀態。 (11)植牙手術（包含保留血供之切線及翻瓣設計、妥適完成黏膜骨膜翻瓣、操作手術固態導板或動態導航技術、完成縫合等）。 (12)撕裂傷縫合手術。 (13)口腔腫瘤切除術。 (14)牙科急診、值班及住院相關訓練： A.牙科急診課程包含：檢傷分類、基本生命徵象評估、緊急處置流程、常見急症辨識、植牙相關急症處置及轉診原則。 B.值班課程包含：交班技巧、緊急應變流程、臨床狀況處理、多團隊溝通協作訓練 C.住院課程包含：病人評估、住院流程、術前準備、術後照護及多專科溝通協作訓練。 D.完成急診、值班及住院職前訓練後，在符合勞基法法規工時條件下，輪值牙科第一線急診、住院病房第一線值班及初級照護住院病人。 2.基本病例數要求如下： (1)牙周翻瓣手術：20例。 (2)繫帶切除術：5例。 (3)唾液腺囊腫摘除手術：5例。		

	(4)切開引流手術：5例。 (5)拔牙：20例。 (6)齒切除手術：10例。 (7)囊腫摘除手術：5例。 (8)牙周及軟組織整形手術：10例。 (9)贗復或矯正相關牙周手術：10例。 (10)植牙手術前準備手術：10例。 (11)植牙手術：20例。 (12)撕裂傷縫合手術：5例。 (13)口腔腫瘤切除：2例。 (14)牙科急診、值班及住院相關訓練共12個月：每週輪值牙科第一線急診不得少於1次；每週住院病房第一線值班不得少於1次；住院課程應包含完整初級照護住院病人10例。
--	---

(三) 第二年至第三年進階手術治療及病例報告

項目	必要項目	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.在指導醫師督導下，以主刀或擔任第一助手完成進階手術治療及病例報告，應包含以下內容： (1)傾斜式植體（tilted implant）。 (2)顴骨植體（zygomatic implant）。 (3)翼突植體（pterygoid implant）。 (4)游離皮瓣植體（free flap implant）。 (5)顱顏面缺損重建（植體搭配贗復假體）。 2.基本病例數要求如下： (1)傾斜式植體：1例。 (2)顴骨植體：1例。 (3)翼突植體：1例。 (4)游離皮瓣植體：1例。 (5)顱顏面缺損重建：1例。		
佐證資料	使用「附件3-10、受訓醫師訓練規劃資料」（Excel檔），檢附符合教學課程要求之各款病例各一例，並由指導醫師簡述教學目標佐證。		

(四) 第三年贗復補綴基礎課程

項目	必要項目	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.在指導醫師督導下，自始至終親自完成贗復補綴基礎課程，應包含以下內容： (1)於不同口腔環境條件下，設計植體贗復補綴物型態及適合承受咬合力時機。 (2)前牙區植體贗復補綴物軟硬組織美學及型態和諧考量。 (3)人工植體及支台裝置之相關設計與力學考量。 (4)植體贗復補綴物相關零件及材料選擇。 (5)植體贗復補綴物的術後維護注意事項。		

	(6)顳顎關節障礙之評估。 2.基本病例數要求如下： (1)後牙區單顆植體屢復補綴物：6例。 (2)複數連續植體屢復補綴物：5例。 (3)前牙區域植體屢復補綴物：6例。 (4)顳顎關節障礙之評估：5例。
--	--

(五) 第四年屢復補綴臨床操作課程

項目	必要項目	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.在指導醫師督導下，自始至終親自完成屢復補綴臨床操作課程，應包含以下內容： (1)擬定口腔內上下顎大範圍缺失（缺牙數多於5顆）之全口屢復補綴重建計畫，包含：評估、診斷、治療計畫及手術導板製作。 (2)全口重建時，取得合適咬合高度及顎間關係。 2.基本病例數要求如下： (1)擬定口腔內上下顎大範圍缺失（缺牙數多於5顆）之全口屢復補綴重建計畫：4例。 (2)取得全口重建之咬合高度及顎間關係：5例。 (3)全顎無牙脊以固定式植體屢復補綴物重建：3例。 (4)上顎或下顎以植體支持覆蓋式義齒：2例。 (5)全口重建中複數顆植牙屢復補綴物及自然牙（包含自然牙之屢復補綴物）合併案例與咬合調整：3例。		

(六) 第一年至第四年植牙併發症處理及病例報告

項目	一般項目	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.在指導醫師督導下，以主刀或擔任第一助手完成植牙併發症處理及病例報告，應包含以下內容： (1)植體周圍黏膜炎及植體周圍炎處理，包含非手術及手術方式。 (2)植牙及相關手術併發症（如術後出血、縫合鬆脫傷口暴露、齒槽骨骨折、植體斷裂、植體陷入鼻竇或組織間隙、鈦網（釘）感染、口鼻竇穿通、急性感染、急性上顎竇炎、下顎齒槽神經感覺異常、藥物引起之顎骨壞死等）處理。 (3)失敗植體評估及處理。 (4)植體屢復補綴物的相關併發症種類及處理方式。 (5)美觀區植體併發症處理方式。 2.基本病例數要求如下： (1)植體周圍黏膜炎及植體周圍炎處理：5例。 (2)植牙及相關手術併發症處理：5例。 (3)失敗植體評估及處理：5例。 (4)植體屢復補綴物併發症處理：4例。 (5)美觀區植體併發症處理：3例。		

佐證資料	使用「附件3-10、受訓醫師訓練規劃資料」(Excel檔)，檢附符合教學課程要求之各款病例各一例，並由指導醫師簡述教學目標佐證。
------	--

二、教學活動

項目	一般項目	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.植牙病例討論會、跨科討論會：至少每月一次。 2.植牙文獻討論會：至少每月二次。 3.植牙專題討論會：至少每月二次。 4.受訓醫師參加植牙相關口腔醫學會之學術活動：至少每年一次。		
佐證資料	使用「附件3-11、年度教學活動清單」，檢附第一年至第四年之教學活動資料。		

伍、偏鄉訓練機構

項目	—	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植牙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。		

116 年度「植牙科專科醫師訓練機構認定」書面審查結果

項目	評量標準	訓練機構 自評	委員初審 評量結果	委員複審 評量結果	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) 植牙臨床治療設備				
必要項目	三、人員				
一般項目	四、品質管制及品質評估指定項目				
	(一) 病人安全及醫療品質相關作業				
一般項目	(二) 完整病歷記載				
一般項目	(三) 特殊項目				
貳、教學師資					
必要項目	一、植牙部門主任/訓練負責人				
必要項目	二、專任指導醫師				
必要項目	三、兼任指導醫師				
必要項目	四、訓練員額				
參、教學設備					
一般項目	一、教學場所				
一般項目	二、教學設備				
肆、教學內容					
必要項目	一、教學課程				
	(一) 第一年臨床職前訓練課程、口腔植體發展史及材料技術演進、人工植體補綴物之咬合型態考量及設計、擬定植牙治療計畫				
必要項目	(二) 第一年至第二年基本手術治療				
必要項目	(三) 第二年至第三年進階手術治療及病例報告				
必要項目	(四) 第三年膺復補綴基礎課程				
必要項目	(五) 第四年膺復補綴臨床操作課程				
一般項目	(六) 第一年至第四年植牙併發症處理及病例報告				
一般項目	二、教學活動				
伍、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植牙科專科醫師訓				

	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。				
受評項數(A)		23			
符合項數(B)					
部分符合項數(C)					
不符合項數(D)					
達部分符合以上比率[(B)+(C)]/(A)					
達符合以上比率(B)/(A)					
綜合意見					
書面審查結果	☐須補件。 ☐建議通過，逕行安排實地訪查。				
書面複審結果	☐建議通過，逕行安排實地訪查。 ☐建議不通過。				

註：

1.核算成績時，不列計「不適用」項目。

2.評量結果以全數項目皆達「部分符合」以上，且百分之七十以上項目皆達「符合」為及格。

審 查 委 員 簽 章：

日 期： 年 月 日

病例清單（請填寫近一年之資料）

序號	病人姓名	病歷號碼	性別	出生年月日	治療類型	術式/植體/ 贍復補綴物製作	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)
範例	王○明	○○○○○	男	○/○/○	☒ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 贍復補綴 ☐ 併發症處理	牙周翻瓣手術	○/○/○	○/○/○	○/○/○
1					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 贍復補綴 ☐ 併發症處理				
2					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 贍復補綴 ☐ 併發症處理				
3					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 贍復補綴 ☐ 併發症處理				
4					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 贍復補綴 ☐ 併發症處理				
5					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 贍復補綴 ☐ 併發症處理				

序號	病人姓名	病歷號碼	性別	出生年月日	治療類型	術式/植體/ 膺復補綴物製作	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)
6					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 膺復補綴 ☐ 併發症處理				
7					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 膺復補綴 ☐ 併發症處理				
8					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 膺復補綴 ☐ 併發症處理				
9					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 膺復補綴 ☐ 併發症處理				
10					☐ 基本手術 ☐ 進階手術 ☐ 膺復補綴 ☐ 併發症處理				

註：

- 1.本附件請使用 Excel 檔「附件 3-1、病例清單」填寫。
- 2.病人資料須去識別化，以確保其健康資訊揭露並保護病人隱私權。
- 3.表格如不敷使用，請自行增列。

醫療設施及設備佐證資料

- 一、專屬治療區及治療椅：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、治療區及治療椅。

二、植牙臨床治療設備（請依序填寫並檢附設備照片佐證）：

（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。

(一) X 光設備：

3.其他設備：

(二) 電腦斷層 X 光機：_____台

(三) 技工室：

（四）植牙治療所需儀器及器械：

(五) 消毒設備：高溫高壓滅菌鍋_____台或中央供應室（Central supply room，CSR）。

(六) 植牙相關器械使用流程與分配說明及器械清點與維修紀錄：

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 年 資	年 月		
專 科 醫 師 證 書 字 號		取 得 專 科 日 期	年 月 日		
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 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 月至 年 月				

姓 名					
現 職 單 位					
職 稱		任 現 職 年 資	年 月		
專 科 醫 師 證 書 字 號		取 得 專 科 日 期	年 月 日		
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 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 月至 年 月				

姓 名					
現 職 單 位					
職 稱		任 現 職 年 資	年 月		
專 科 醫 師 證 書 字 號		取 得 專 科 日 期	年 月 日		
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 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 月至 年 月				

註：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 年 資	年 月		
專 科 醫 師 證 書 字 號		取 得 專 科 日 期	年 月 日		
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 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(兼任)指導醫師	☐ 否； ☐ 是， ☐ 專任 ☐ 兼任 科別為 專科，資格效期自 年 月至 年 月				

姓 名					
現 職 單 位					
職 稱		任 現 職 年 資	年 月		
專 科 醫 師 證 書 字 號		取 得 專 科 日 期	年 月 日		
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 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(兼任)指導醫師	☐ 否； ☐ 是， ☐ 專任 ☐ 兼任 科別為 專科，資格效期自 年 月至 年 月				

姓 名					
現 職 單 位					
職 稱		任 現 職 年 資	年 月		
專 科 醫 師 證 書 字 號		取 得 專 科 日 期	年 月 日		
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 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(兼任) 指 導 醫 師	☐ 否； ☐ 是， ☐ 專任 ☐ 兼任 科別為 專科，資格效期自 年 月至 年 月				

註：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)。

品質管制及品質評估指定項目相關佐證資料

一、病人安全及醫療品質相關作業：

（一）告知同意書文件：

(二) 病人安全作業規範與執行方針：

二、完整病歷（含【評量標準 1-8】）：

三、特殊項目：

（一）感染管制手冊：

(二) 利器刺傷預防及處理流程：

(三) 放射線安全檢查手冊：

(四) 危機事件應變計畫與作業手冊：

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 114 年 9 月至 115 年 8 月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）

植 牙 部 門 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）。

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 114 年 9 月至 115 年 8 月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）

植 牙 部 門 主 任 簽 章：

日 期： 年 月 日

二、兼任指導醫師在職證明（須註明（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口腔顎面外科、鑲復補綴牙科、牙周病科)(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)。

教學場所

一、教學場所（請依序檢附照片佐證）

（一）教室：

(二) 討論室：

(三) 會議室：

(四) 辦公空間：

專業書籍與期刊

一、植牙科專業期刊_____種。

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

註：表格如不敷使用，請自行增列。

二、牙科相關專業期刊_____種。

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

註：表格如不敷使用，請自行增列。

年度課程清單

請使用以下格式依第一年至第四年課程資料填寫，第一點至第四點可檢附原機構規劃之教學課程及教學計畫書。

一、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				

註：表格如不敷使用，請自行增列。

二、第二年

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

註：表格如不敷使用，請自行增列。

三、第三年

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

註：表格如不敷使用，請自行增列。

四、第四年

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

註：表格如不敷使用，請自行增列。

受訓醫師訓練規劃資料

檢附符合教學課程要求之各款病例各一例，並由指導醫師簡述教學目標佐證。

一、進階手術治療

教學目標：

序號	病人姓名	病歷號碼	性別	出生年月日	治療類型	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)
範例	王○明	○○○○○	男	○/○/○	☒ 傾斜式植體 ☐ 顴骨植體 ☐ 翼突植體 ☐ 游離皮瓣植體 ☐ 顱顏面缺損重建（植體搭配質復假體）	○/○/○	○/○/○	○/○/○
1					☐ 傾斜式植體 ☐ 顴骨植體 ☐ 翼突植體 ☐ 游離皮瓣植體 ☐ 顱顏面缺損重建（植體搭配質復假體）			
2					☐ 傾斜式植體 ☐ 顴骨植體 ☐ 翼突植體 ☐ 游離皮瓣植體 ☐ 顱顏面缺損重建（植體搭配質復假體）			

序號	病人姓名	病歷號碼	性別	出生年月日	治療類型	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)
3					☐ 傾斜式植體 ☐ 顴骨植體 ☐ 翼突植體 ☐ 游離皮瓣植體 ☐ 顱顏面缺損重建(植體搭配 復假體)			
4					☐ 傾斜式植體 ☐ 顴骨植體 ☐ 翼突植體 ☐ 游離皮瓣植體 ☐ 顱顏面缺損重建(植體搭配 復假體)			
5					☐ 傾斜式植體 ☐ 顴骨植體 ☐ 翼突植體 ☐ 游離皮瓣植體 ☐ 顱顏面缺損重建(植體搭配 復假體)			

註：表格如不敷使用，請自行增列。

二、植牙併發症處理

教學目標：

序號	病人姓名	病歷號碼	性別	出生年月日	治療類型	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)
範例	王○明	○○○○○	男	○/○/○	☒ 植體周圍黏膜炎及植體周圍炎 ☐ 植牙及相關手術併發症 ☐ 失敗植體評估及處理 ☐ 植體膺復補綴物併發症 ☐ 美觀區植體併發症	○/○/○	○/○/○	○/○/○
1					☐ 植體周圍黏膜炎及植體周圍炎 ☐ 植牙及相關手術併發症 ☐ 失敗植體評估及處理 ☐ 植體膺復補綴物併發症 ☐ 美觀區植體併發症			
2					☐ 植體周圍黏膜炎及植體周圍炎 ☐ 植牙及相關手術併發症 ☐ 失敗植體評估及處理 ☐ 植體膺復補綴物併發症 ☐ 美觀區植體併發症			
3					☐ 植體周圍黏膜炎及植體周圍炎 ☐ 植牙及相關手術併發症 ☐ 失敗植體評估及處理 ☐ 植體膺復補綴物併發症 ☐ 美觀區植體併發症			
4					☐ 植體周圍黏膜炎及植體周圍炎 ☐ 植牙及相關手術併發症 ☐ 失敗植體評估及處理 ☐ 植體膺復補綴物併發症			

序號	病人姓名	病歷號碼	性別	出生年月日	治療類型	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)
					☐ 美觀區植體併發症			
5					☐ 植體周圍黏膜炎及植體周圍炎 ☐ 植牙及相關手術併發症 ☐ 失敗植體評估及處理 ☐ 植體膺復補綴物併發症 ☐ 美觀區植體併發症			

註：表格如不敷使用，請自行增列。

年度教學活動清單

一、植牙病例討論會、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					

註：表格如不敷使用，請自行增列。

二、植牙文獻討論會（至少每月二次）

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					

註：表格如不敷使用，請自行增列。

三、植牙專題討論會（至少每月二次）

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					

註：表格如不敷使用，請自行增列。

四、植牙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				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

註：表格如不敷使用，請自行增列。