

# 114 年度特殊需求者口腔醫學科專科醫師第 2 次甄審作業簡章

一、本簡章依據本部「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」、「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審原則」及「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練課程基準」制定。

二、牙醫師符合下列各款資格之一者，得申請專科醫師甄審：

(一) 在國內特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練機構接受至少全時二年或非全時三年之特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練，並持有該機構發給之訓練期滿證明文件。

(二) 領有外國之特殊需求者口腔醫學科相關專科醫師證書，經本部認可者。

三、甄審方式：

(一) 專科醫師甄審分筆試及口試二部分，筆試及口試均及格者為合格；筆試不及格者，不得參加口試；口試不及格者，筆試及格成績得保留三年。

(二) 筆試採用選擇題（以中文命題；專有名詞部分得為英文），內容以「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練課程基準」為範疇。

(三) 口試由三位至九位口試委員為之，內容以考生繳交之特殊需求者口腔醫學科臨床案例五例為主軸（即身心障礙者牙醫學、醫院牙醫學、老人牙醫學、長期照護牙醫學、早期療育牙醫學，須涵蓋之特殊需求類型至少三種（含）以上），案例內容應至少包括特殊需求者常見口腔疾病之預防、醫療，處置過程中之行為引導、生命徵象監測，緊急情況處置、後送評估與處置等項目。

四、報名方式：

(一) 筆試報名期間自 **115 年 1 月 17 日** 起至 **2 月 9 日** 止；口試報名期間自 **115 年 4 月 7 日** 起至 **4 月 17 日** 止。

(二) 報名時應檢備下列文件：

項次	檢備文件	筆試	口試	備註
1	特殊需求者口腔醫學科（以下稱特需）專科醫師甄審文件檢核表	✓	✓	使用本簡章附件 1。
2	特需專科醫師甄審筆試申請書（含照片）	✓		使用本簡章附件 2。
3	特需專科醫師甄審口試申請書（含照片）		✓	使用本簡章附件 4。
4	最近一年內二吋正面脫帽半身照片（筆試 2 張；口試 3 張）	✓	✓	背面書寫考生姓名，請勿使用水性筆書寫或訂書針；1

項次	檢備文件	筆試	口試	備註
				張自行黏貼於申請書，餘放於資料袋內。
5	牙醫師證書（正面）影本。	✓		
6	經歷及訓練證明文件			
6-1	二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練完訓證明	✓		完訓日期須於專科訓練起訓日前。
6-2	專科醫師訓練機構完訓證明(全時2年或非全時3年)	✓		
6-3	受訓醫師病例治療清單 <sup>註</sup>	✓		使用本簡章附檔 Excel 格式（範本如附件3）。
6-4	依訓練課程基準所定之參與病例證明、相關病例影印本及影像紀錄 <sup>註</sup>	✓		
6-5	專科訓練證明期間執業登記於訓練機構證明	✓		
6-6	專科訓練期間報備支援於訓練機構證明（符合每週至少應____診次）	✓		
6-7	經我國駐外單位驗證之外國核發尚在有效期限內之特殊需求者口腔醫學科相關專科醫師證書等證明文件。	✓		依據本簡章第2點第2項，參加專科醫師甄審者須繳交，另得免附前開第6-2至6-6項文件；若為107年7月31日以前於國內外牙醫學系畢業者，須另檢附「學位證書（正面）影本」，得免附前開第6-1至6-6項文件。
6-8	其他有關證明文件	✓		
7	5例受訓醫師病例資料表 <sup>註</sup>		✓	使用本簡章附件5，每例填寫1份，共計5份。
8	5例完整治療病例資料 <sup>註</sup>		✓	
9	5例口試病例簡報範本 <sup>註</sup>		✓	使用本簡章附檔簡報格式，每例製作1份，共計5份。

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) 請於報名期限內，檢齊前開文件並依序排列，電子檔以電子郵件方式寄予本部委託單位(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，dendr@jct.org.tw)；紙本文件以迴紋針夾至左上角，其中口試應檢備文件（含5例受訓醫師病例資料表、完整治療病例資料及口試病例簡

報範本等)請各印製一式3份,使用「甄審報名信封黏貼封面」,以掛號郵寄(郵戳為憑)至收件單位或親送,逾期不受理。

1.收件單位:財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(以下稱醫策會)。

2.收件地址:220 新北市板橋區三民路二段31號5樓。

(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,請於補件期限內(自筆試補件通知日起3個工作日內;自口試補件通知日起2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、不符,或郵戳上之報名日期逾時等因素而不符報名規定事項者,即認定為不符甄審要件,其責任概由考生自行負責。

#### 五、准考證寄發日期:

(一)筆試:**115**年**3**月**10**日前,依申請書所填通訊地址,以郵局掛號寄出。

(二)口試:**115**年**5**月**11**日前,依申請書所填通訊地址,以郵局掛號寄出。

#### 六、考試日期及地點:

(一)筆試日期:**115**年**3**月**21**日上午。

(二)口試日期:**115**年**5**月**23**日下午。

(三)考試地點:考試前兩週公布於醫策會官網(網址:<https://www.jct.org.tw>,路徑:醫學教育/牙醫專科醫師甄審及訓練機構認定作業/特殊需求者口腔醫學科)。

#### 七、成績複查:

(一)對成績有疑義者,應於收到成績單之日起10日內,填寫「成績複查申請書(如附件6)」,使用「成績複查信封黏貼封面」,以掛號郵寄(郵戳為憑)至收件單位或親送,逾期不受理,且以1次為限。

(二)前項複查,不得要求重新評閱、提供參考答案、閱覽或影印試卷,亦不得要求告知閱卷人員姓名或其他相關資料。

#### 八、注意事項:

(一)特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審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/特殊需求者口腔醫學科(網址:<https://www.jct.org.tw>)。

(二)申請書中之通訊地址請詳實填寫,該地址為醫策會寄發各項通知之用,如因填寫錯誤或無收件人,致郵件無法投遞時,由考生自行負責。

- (三) 應考時請遵照考場規則，若違反規定者，取消考試資格。
- (四) 參加筆試、口試者均須攜帶准考證及個人身分證件正本備驗。
- (五) 考試日期及地點或其他重要事項如有變更，將公告於本部及醫策會前開路徑網頁。
- (六) 如對甄審申請及相關作業有疑問者，請致電醫策會：(02) 89643000 分機 3020、3015、3014。

九、本簡章未規定事項悉依「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」、「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審原則」及「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審專家小組」會議決議之規定辦理。

十、甄審參考書目如下表：

項次	書目名稱	作者	出版時間	備註
1	Special Care in Dentistry	Crispian S. CBE, Pedro Diz Dios, Navdeep Kumar, Churchill Livingstone	2007/ Churchill	112 年度起適用參考書目
2	Geriatric Dentistry: Caring for Our Aging Population	Friedman PK., Wiley Blackwell	2014/ Wiley-Blackwell	
3	當代家庭牙醫學：中華民國家庭牙醫學會	Lai, Hsiang-Hua; Cheng, Hsin-Chung.	2014/ 中華民國家庭牙醫學會	
4	牙科治療注意事項與指導—特殊需求者篇	中華牙醫師公會全國聯合會	2020	
5	Oral Medicine	Gandolfo S, Scully C, Carrozzo M.	2011/ Elsevier-Health Sciences Division	
6	Dental Management of the Medically Compromised Patient	Craig Miller, Nelson L. Rhodus, Nathaniel S Treister, Eric T Stoopler, Alexander Ross Kerr	2024/ Mosby	

項次	書目名稱	作者	出版時間	備註
7	Treating the dental patient with a developmental disorder	Raposa, Karen A. ( EDT ) / Perlman, Steven P. ( EDT )	2012/ Wiley-Blackwell	
8	2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC	American Heart Association Guidelines	2020	
9	Clinical Decision-Making in Oral Medicine: A Concise Guide to Diagnosis and Treatment	Alan Roger Santos-Silva, Márcio Ajudarte Lopes, João Figueira Scarini, Pablo Agustin Vargas ,Oslei Paes de Almeida	2024/ Springer	113 年度增列為 114 年度參考書目
10	Oral Health and Aging	Christie-Michele Hogue & Jorge G. Ruiz	2023/ Springer	
11	Geriatric Dentistry. Gateway to Longevity and Life-long Health	Eric Zane Shapira	2023/ Edra publishing	
12	A Practical Approach to Special Care in Dentistry	Pedro Diz Dios (Editor), Navdeep Kumar (Editor)	2022/ Wiley-Blackwell	
13	Dental Management for People with Disability	Fouad Al-Bayat Mas, Suryalis Ahmad, Nidhal Ali	2020/ Independently published	
14	Dental Care for Children with Special Needs A Clinical Guide	Travis M. Nelson, Jessica R. Webb	2019/ Springer	

十一、114 年度甄審作業時程如下表：

作業項目	甄審期程	辦理單位
一、網路公告簡章	114 年 <u>11</u> 月 <u>21</u> 日前	本部、醫策會
二、甄審筆試申請	<u>115</u> 年 <u>1</u> 月 <u>17</u> 日至 <u>115</u> 年 <u>2</u> 月 <u>9</u> 日間	醫策會、受訓醫師
三、資格審查及補件	<u>115</u> 年 <u>2</u> 月 <u>9</u> 日至 <u>115</u> 年 <u>2</u> 月 <u>26</u> 日間	醫策會、受訓醫師
四、通知考生筆試應考資訊 (含寄發准考證)	<u>115</u> 年 <u>3</u> 月 <u>10</u> 日前	醫策會、受訓醫師
五、甄審筆試	<u>115</u> 年 <u>3</u> 月 <u>21</u> 日上午	醫策會、受訓醫師
六、筆試複查成績截止	<u>115</u> 年 <u>3</u> 月 <u>31</u> 日前	醫策會、受訓醫師
七、甄審口試申請	<u>115</u> 年 <u>4</u> 月 <u>7</u> 日至 <u>115</u> 年 <u>4</u> 月 <u>17</u> 日	醫策會、受訓醫師
八、口試資料審查及補件	<u>115</u> 年 <u>4</u> 月 <u>20</u> 日至 <u>115</u> 年 <u>4</u> 月 <u>29</u> 日間	醫策會、受訓醫師
九、通知考生口試應考資訊 (含寄發准考證)	<u>115</u> 年 <u>5</u> 月 <u>11</u> 日前	醫策會、受訓醫師
十、甄審口試	<u>115</u> 年 <u>5</u> 月 <u>23</u> 日下午	醫策會、受訓醫師
十一、口試複查成績截止	<u>115</u> 年 <u>6</u> 月 <u>3</u> 日前	醫策會、受訓醫師
十二、甄審結果公告	<u>115</u> 年 <u>6</u> 月 <u>30</u> 日前	本部

## 申請「特殊需求者口腔醫學科」專科醫師甄審文件檢核表

項次	檢備文件		申請 試別	醫師自評 (符合請打✓)	行政審查	審查意見	審查依據
1	特殊需求者口腔醫學科（以下稱特需）專科醫師甄審筆試申請書（含照片）		筆試		○是 ○否		特需專科醫師甄審原則第 3 點。
2	特需專科醫師甄審口試申請書（含照片）		口試		○是 ○否		特需專科醫師甄審原則第 6 點。
3	最近一年內二吋正面脫帽半身照片（筆試 2 張；口試 3 張）（1 張自行黏貼於申請書，餘放於資料袋內）		筆試 口試		○是 ○否		
4	牙醫師證書（正面）影本		筆試		○是 ○否		
5	經歷及訓練證明文件						
5-1	二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練完訓證明（完訓日期須於專科訓練起訓日前）		筆試		○是 ○否		牙醫專科醫師分科及甄審辦法第 3 點。
5-2	專科醫師訓練機構完訓證明	全時 2 年	筆試		○是 ○否		特需專科醫師甄審原則第 2 點。
		非全時 3 年	筆試				
5-3	受訓醫師病例治療清單 <sup>註 1</sup>		筆試		○是 ○否		1. 特需專科醫師甄審原則第 3 點。
5-4	依訓練課程基準所定之參與病例證明、相關病例影印本及影像紀錄 <sup>註 1</sup>		筆試		○是 ○否		2. 特需專科醫師訓練課程基準。
5-5	專科訓練證明期間執業登記於訓練機構證明		筆試		○是 ○否		醫師法第 8 條。
5-6	專科訓練期間報備支援於訓練機構證明（符合每週至少應_____診次）		筆試		○是 ○否		1. 醫師法第 8 條。 2. 特需專科醫師訓練課程基準。

項次	檢備文件	申請 試別	醫師自評 (符合請打✓)	行政審查	審查意見	審查依據
5-7	經我國駐外單位驗證之外國核發尚在有效期限內之特殊需求者口腔醫學科相關專科醫師證書等證明文件(得免附前開第 5-2 至 5-6 項文件;若為 107 年 7 月 31 日以前於國內外牙醫學系畢業者,須另檢附「學位證書(正面)影本」,得免附前開第 5-1 至 5-6 項文件)	筆試		○是 ○否		特需專科醫師甄審原則第 2 點。
5-8	其他有關證明文件	筆試		○是 ○否		
6	5 例受訓醫師病例資料表 <sup>註 1</sup>	口試		○是 ○否		牙醫專科醫師分科及甄審辦法第 3 條。
7	5 例完整治療病例資料 <sup>註 1</sup>	口試		○是 ○否		
8	5 例口試病例簡報範本 <sup>註 1</sup>	口試		○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.申請專科醫師甄審者，須同時繳交本檢核表，並依序確認須檢附之各項文件後親筆簽名，以供醫策會審查使用。
- 3.考生繳交之各項文件僅作為本次專科醫師甄審使用，不移作他用，並善盡保密原則存查資料。

申請醫師簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

行政審查結果： ○符合 ○須補件，原因：



# 114 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審」筆試申請書

姓 名	(中文)		張貼最近一年內 二吋正面脫帽 半身照片	
(請寫正楷)	(英文)			
出生年月日				
身分證字號				
牙醫師證書字號 (外國畢業證書請填寫 駐外單位驗證文件字號)				
貼國民身分證影本正面			貼國民身分證影本反面	
手機號碼				
通訊地址				
電子信箱				
現職單位				<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任
職 稱			電 話 (公)	
學 歷	院 校	學 位	修業起訖年月	證 書 字 號
			年 月至 年 月	
			年 月至 年 月	
經 歷	服 務 機 關		職 稱	服 務 起 訖 年 月
				年 月至 年 月
				年 月至 年 月

## 經歷及訓練證明文件

### 1.牙醫師資格證明

證 書	年 度	證 書 號 碼
畢 業 證 書		字 第 號
牙 醫 師 證 書		字 第 號

### 2.二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練完訓證明

機 構 名 稱	起 訖 年 月 日	機 構 負 責 人

### 3.特需專科醫師訓練機構完訓證明

機 構 名 稱	科 別	職 位	起 訖 年 月 日	機 構 負 責 人

### 4.專科訓練期間執業登記或報備支援於訓練機構證明

執 業 登 記	科 別	日 期
報 備 支 援 ( 若 無 免 填 )	科 別	日 期

### 5.經我國駐外單位驗證之外國核發尚在有效期限內之特需相關專科醫師證書之證明

發 證 國 家	發 證 單 位	發 證 日 期	專 科 醫 師 證 書 字 號
我 國 駐 外 單 位 驗 證 國 家 及 單 位		發 證 日 期	證 明 文 件 字 號

### 6.其他有關證明文件

--

注意事項：

- 1.一律以掛號郵寄繳交，收件後由醫策會協助確認檔案是否有不符規定處，如有不符規定請於補件期限內（自筆試補件通知日起3個工作日內）完成補件，若無法於期限內補件完成，將視同未完成筆試報名手續，不得參加本年度專科醫師甄審筆試。
- 2.考生應自行確認所繳交之應考資料皆符合規定，病例相關資料須去識別化，若有不符規定退件者，由考生自行負責。

申請人簽名：

日期：

※以下欄位請勿填寫

醫策會行政審查	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 須補件，原因：
委員專業審查	<input type="radio"/> 建議通過 <input type="radio"/> 建議補件後通過
審查意見	

審查委員簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

甄審主委簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

114 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審」筆試准考證

報到時間：**115**年**3**月**21**日上午○時○分至○時○分

考試時間：**115**年**3**月**21**日上午○時○分至○時○分

註：報到時間、考試時間及地點於考試前兩週公布於醫策會官網（網址：<https://www.jct.org.tw>，路徑：醫學教育/牙醫專科醫師甄審及訓練機構認定作業/特殊需求者口腔醫學科）

張貼最近一年內 二吋正面脫帽 半身照片	准考證號碼 (考生勿填)	
	姓名 (考生勿填)	

## 114 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審」 受訓醫師病例治療清單（筆試）

訓 練 機 構 名 稱	
姓 名	
職 稱	
受 訓 期 間	年        月        日至        年        月        日

註：

1. 茲填具依「特殊需求者口腔醫學科專科醫師訓練課程基準」所定各項病例數要求之清單，並檢附參與病歷證明、相關病例影印本及影像紀錄。
2. 清單所有治療項目皆須說明牙位及處置位置（FDI 牙位）。

特殊需求者口腔醫學科主任/負責人：\_\_\_\_\_（簽章）

一、特殊需求者全人醫療照護及治療計畫擬定（第一年）

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型(至少二項) (牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	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)	指導醫師簽章	備註
1	例：王○明	1234○○	<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○		
2			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
3			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
4			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
5			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型(至少二項) (牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	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)	指導醫師簽章	備註
6			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
7			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
8			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
9			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
10			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						

(表格如不敷使用，請自行增列)

## 二、受訓醫師治療病例（第一年）

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性 樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病 治療、廣復補綴治療、使用鎮靜或全 身麻醉協助治療)(牙位及處置位置)	受訓醫師開 始治療日期 (年/月/日)	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)	指導醫師章 簽	備註
1	例：王○明	1234○○	<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	牙體復形治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○		
2			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
3			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
4			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
5			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性 樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病 治療、廣復補綴治療、使用鎮靜或全 身麻醉協助治療)(牙位及處置位置)	受訓醫師開 始治療日期 (年/月/日)	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)	指導醫師章 簽	備註
6			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
7			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
8			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
9			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
10			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							

(表格如不敷使用，請自行增列)



### 三、特殊需求者全人醫療照護及治療計畫擬定（第二年）

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型(至少二項) (牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	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)	指導醫師章 簽	備註
1	例：王○明	1234○○	<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○		
2			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
3			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
4			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
5			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型(至少二項) (牙位及處置位置)	受訓醫師開始治療日期 (年/月/日)	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)	指導醫師章 簽	備註
6			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
7			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
8			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
9			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						
10			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	<input type="checkbox"/> 牙體復形治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙髓病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 牙周病治療(FDI牙位) <input type="checkbox"/> 膺復補綴牙科治療(FDI牙位)						

(表格如不敷使用，請自行增列)

#### 四、受訓醫師治療病例（第二年）

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性 樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病 治療、廣復補綴治療、使用鎮靜或全 身麻醉協助治療)(牙位及處置位置)	受訓醫師開 始治療日期 (年/月/日)	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)	指導醫師章 簽	備註
1	例：王○明	1234○○	<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學	牙體復形治療 (FDI 牙位)	○/○/○	○/○/○	○/○/○	○/○/○		
2			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
3			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
4			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
5			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							

序號	病人姓名	病歷號碼	特殊需求類型 (可複選)	治療類型 (牙體復形治療、牙髓治療、預防性 樹脂修復或窩溝封填、拔牙、牙周病 治療、廣復補綴治療、使用鎮靜或全 身麻醉協助治療)(牙位及處置位置)	受訓醫師開 始治療日期 (年/月/日)	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)	指導醫師章 簽	備註
6			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
7			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
8			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
9			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							
10			<input type="checkbox"/> 醫院牙醫學 <input type="checkbox"/> 身心障礙者牙醫學 <input type="checkbox"/> 老人牙醫學 <input type="checkbox"/> 長期照護牙醫學 <input type="checkbox"/> 早期療育牙醫學							

(表格如不敷使用，請自行增列)

## 114 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審」口試申請書

姓 名 (請書寫正楷)	(中文)	張貼最近一年內 二吋正面脫帽 半身照片				
	(英文)					
出生年月日						
身分證字號						
牙醫師證書字號 (外國畢業證書請填寫駐 外單位驗證文件字號)						
特需專科醫師 訓練機構						
甄審筆試 通過日期						
手機號碼						
通訊地址						
電子信箱						
口試內容範圍以特殊需求者口腔醫學科臨床案例 5 例為主軸(包含身心障礙者牙醫學、醫院牙醫學、老人牙醫學、長期照護牙醫學、早期療育牙醫學)進行之,須涵蓋之特殊需求類型至少三種(含)以上,案例內容應至少包括特殊需求者常見口腔疾病之預防、醫療,處置過程中之行為引導、生命徵象監測,緊急情況處置、後送評估與處置。						
序號	特殊需求 類型 (可複選)	病例姓名 (例:王○明)	治療開始 日期	治療完成 日期	最近一次 追蹤日期	指導醫師 簽章
1						
2						
3						
4						
5						

附件：5 例之受訓醫師病例資料表、完整治療病例資料及口試病例簡報範本。

注意事項：

- 1.一律以掛號郵寄繳交，收件後由醫策會協助確認檔案是否有不符規定處，如有不符規定請於補件期限內（自口試補件通知日起 2 個工作日內）完成補件，若無法於期限內補件完成，將視同未完成口試報名手續，不得參加本年度專科醫師甄審口試。
- 2.考生應自行確認所繳交之應考資料皆符合規定，病例相關資料須去識別化，若有不符規定退件者，由考生自行負責。

申請人簽名：

日期：

※以下欄位請勿填寫

醫策會行政審查	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 須補件，原因：
委員專業審查	<input type="radio"/> 建議通過 <input type="radio"/> 建議補件後通過
審查意見	

審查委員簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

甄審主委簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

114 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審」口試准考證

報到時間：115 年 5 月 23 日下午○時○分至○時○分

考試時間：115 年 5 月 23 日下午○時○分至○時○分

註：報到時間、考試時間及地點於考試前兩週公布於醫策會官網（網址：<https://www.jct.org.tw>，路徑：醫學教育/牙醫專科醫師甄審及訓練機構認定作業/特殊需求者口腔醫學科）

張貼最近一年內 二吋正面脫帽 半身照片	准考證號碼 (考生勿填)	
	姓名 (考生勿填)	

# 114 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審」 受訓醫師病例資料表（口試）

口試病例審查編號（考生勿填）	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

病人姓名：\_\_\_\_\_ 開始治療年齡：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_

## 1.齒位（FDI Code）：

## 2.特殊需求類型（可複選）：

- ☐身心障礙者牙醫學 ☐醫院牙醫學 ☐老人牙醫學 ☐長期照護牙醫學  
☐早期療育牙醫學

## 3.治療類型（可複選）：

- ☐牙體復形治療 ☐牙髓治療 ☐預防性樹脂修復或窩溝封填 ☐拔牙  
☐牙周病治療 ☐贖復補綴治療 ☐使用鎮靜或全身麻醉協助治療

## 4.主訴（Chief Complaint）：

## 5.全身健康病史（Medical History）：

## 6.牙科病史（Dental History and Present Illness）：

## 7.診斷步驟（Diagnostic Procedures）：

### 7-1 臨床發現（Clinical findings）

## 7-2 診斷檢查 (Clinical examination and diagnostic test)

## 7-3 放射線學檢查發現與判讀 (Radiographic findings)

### 8.臨床診斷 (Diagnosis)：

### 9.臨床治療步驟 (Clinical Procedures)：

時間	治療步驟	治療發現及佐證資料

### 10.治療後評估 (Post-operative Evaluation)：

時間	評估結果



# 114 年度「特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審」 成績複查申請書

姓 名	(中文)
(請書寫正楷)	(英文)
生 日	
身 分 證 字 號	
特需專科醫師 訓 練 機 構	
連 絡 電 話	
通 訊 地 址	
電 子 信 箱	
複 查 項 目	<input type="checkbox"/> 筆試成績複查 <input type="checkbox"/> 口試成績複查
考 試 結 果	
申 請 複 查 理 由	

※以下欄位請勿填寫

複 查 結 果	<input type="radio"/> 維持原評定成績 <input type="radio"/> 筆試成績更正為_____，並由甄審專家小組提出成績更正。 <input type="radio"/> 口試成績更正為_____，並由甄審專家小組提出成績更正。
---------	---

甄審主委簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

通 訊 地 址 : ☐☐☐

寄件者 ( 考生姓名 ) :

連 絡 電 話 :

服 務 機 構 :

正 貼

郵 票

220 新北市板橋區三民路二段 31 號 5 樓

# 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 收

特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審報名

( 申請類別勾選 ☐筆試 ☐口試 )

通 訊 地 址：□□□

寄件者（考生姓名）：

連 絡 電 話：

服 務 機 構：

正 貼

郵 票

220 新北市板橋區三民路二段 31 號 5 樓

# 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 收

特殊需求者口腔醫學科專科醫師甄審—成績複查

（申請類別勾選 ☐筆試 ☐口試）