

## 臺灣牙周病醫學會牙周病暨植體學臨床訓練機構審核評鑑表

本評鑑表請依受訪醫院之醫療與設備…等實際填寫

單位名稱：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

項 目	認 定 標 準	實 際 數 量	審 查 結 果	審 查 意 見
<b>一、醫療與教學設備：</b>				
專屬治療區域	有專屬治療椅		符 合( ) 不 符 合( )	
x-光攝影設備	口內、環口 x 光、側面顱		符 合( ) 不 符 合( )	
臨床照相設備	有		符 合( ) 不 符 合( )	
教學教具設備	幻燈機、投影機、閉路電視		符 合( ) 不 符 合( )	
教學場所：	會議室(討論室)或研究室		符 合( ) 不 符 合( )	
牙周病科相關書籍與期刊	期刊至少有 3 種(國外 2 種，國內 1 種)、並有牙周病科相關書籍		符 合( ) 不 符 合( )	
<b>二、教學師資</b>				
教學師資	師資應包含專任指導醫師壹名及兼任指導醫師貳名以上【兼任指導醫師的定義為一星期一診(或一次)參與臨床指導或病例討論會等】。指導醫師資格:為本會專科醫師三年(含)以上。		符 合( ) 不 符 合( )	
<b>三、教學課程：臨床牙醫學課程及討論會</b>				
臨床牙周病學 (含基礎生物醫學課程)	至少每月一次		符 合( ) 不 符 合( )	
文獻討論會	至少每月一次		符 合( ) 不 符 合( )	
病例討論會	至少每二週一次		符 合( ) 不 符 合( )	
<b>四、受訓醫師病例記錄</b>				
治療前後相關檢查記錄			完 整( ) 不 完 整( )	

治療前後幻燈片			完 整( ) 不 完整( )	
治療前後 x-光片			完 整( ) 不 完整( )	
手術記錄			完 整( ) 不 完整( )	

評鑑結果:

審查意見:

訪查委員: 簽章

訪查委員: 簽章

訪查委員: 簽章

訓練機構甄審委員會

主任委員: 簽章

日期: 年 月 日

製表日:20170512