

衛生福利部齒顎矯正科
專科醫師訓練機構書面審查申請書
(年度複查版)

114 年修訂版

訓練機構名稱：
機構代碼：
地址：
電話：
齒顎矯正科 主任／負責人：

茲填具「齒顎矯正科專科醫師訓練機構」評鑑各項資料並檢附相關文件，惠請予以評鑑為荷。

齒顎矯正科負責人： 簽章

訓練機構牙科部負責人： 簽章

聯絡人姓名/電話：

填表日期：中華民國 年 月 日

壹、訓練機構條件

項目	評鑑標準	前一年度考核結果	自評	年度異動	評鑑委員	占分比率
一、醫療業務	<p>認定標準： 訓練機構每年至少應治療一百個以上，涵蓋各種不同類型異常咬合之病例。 ◎佐證請詳填表格一 ◎備註： 訓練機構增加訓練第三名以上之受訓醫師，每訓練一名受訓醫師，每年應新增矯正治療病例三十例以上。</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動 () 有異動 () 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>此項目為必要條件若無法符合「每年至少應治療一百個以上」，「壹、訓練機構條件」分項之總分即得0分</p>
二、醫療設施及設備	<p>一、矯正治療區： 專屬齒顎矯正科治療區 _____坪 候診區 [] 有 [] 無 治療區 [] 有 [] 無 衛教區 [] 有 [] 無 認定標準： (一)具專屬齒顎矯正科診療使用時段之區域 (二)候診區與治療區應有明顯區隔 ◎有異動者，請檢附照片佐證</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動 () 有異動 () 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>5%</p>
	<p>二、矯正治療椅： 專屬齒顎矯正科治療椅 _____台 認定標準： 齒顎矯正時段，設專屬治療椅至少四台 ◎有異動者，請檢附照片佐證 ◎備註：於齒顎矯正看診時段每位受訓醫師應具備專屬治療椅至少一張。</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動 () 有異動 () 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>此項目為必要條件若無法符合「齒顎矯正時段，設專屬治療椅至少四台」且「於齒顎矯正看診時段每位受訓醫師應具備專屬治療椅至少一張」，「壹、訓練機構條件」分項之總分即得0分</p>

<p>三、X光設備：</p> <p>牙根尖(periapical)____台</p> <p>環口X光攝影 (panoramic)_____台</p> <p>測顱(cephalometric)____台</p> <p>其它：</p> <p>認定標準： periapical, panoramic, cephalometric 至少各有一台，符合游離輻射防護法相關規定之X光室。</p> <p>◎有異動者，請檢附照片佐證</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動 ()</p> <p>有異動 ()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>4%</p>
<p>四、消毒設備：</p> <p>認定標準： 消毒滅菌設備應符合感染管制規範。</p> <p>◎符合感染管制規範，有異動者請檢附照片佐證</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動 ()</p> <p>有異動 ()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>2%</p>
<p>五、牙體技術及相關設備：</p> <p>矯正技工室</p> <p>[] 有 [] 無</p> <p>石膏模型研磨機(model trimmer) _____台</p> <p>點焊機_____台</p> <p>壓模成型機_____台</p> <p>石膏攪拌震盪器_____台</p> <p>其它：</p> <p>認定標準： 石膏模型研磨機、點焊機、壓模成型機、石膏攪拌震盪器至少一台</p> <p>◎有異動者，請檢附照片佐證</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動 ()</p> <p>有異動 ()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>2%</p>
<p>六、資料儲存設施：</p> <p>建檔制度</p> <p>[] 有 [] 無</p> <p>系列石膏模型</p> <p>[] 有 [] 無</p> <p>系列影像資料(含X光片或相片等明確標記病歷號、日期，依序排列等。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動 ()</p> <p>有異動 ()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>2%</p>

	<p>[]有 []無 認定標準： 應具有資料儲存建檔系統、儲存石膏模型、X光片、相片等資料之空間或足夠之數位儲存設備。 ◎有異動者，請檢附照片佐證</p>					
	<p>七、齒顎矯正器械： 診間器械使用流程與分配說明 []有 []無 每週定期清點及維修器械，並有紀錄 []有 []無 認定標準： (一)訂有診間器械使用流程與分配說明 (二)應每週定期清點及維修器械，並有紀錄 ◎有異動者，請檢附照片佐證</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動() 有異動() 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>1%</p>
三、人員	<p>專任齒顎矯正專科醫師指導醫師_____人 兼任齒顎矯正專科醫師指導醫師_____人 護理師(士)_____人 認定標準： 一、應聘有衛福部認定之專任齒顎矯正專科醫師指導醫師二位以上。 二、得聘任衛福部認定之齒顎矯正專科醫師兼任指導醫師。 三、應聘有專任護理師(士)至少一人。 ◎有異動者，請檢附名單、醫院聘書佐證</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動() 有異動() 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>此項目為必要條件若無法符合「聘有衛生福利部認定之專任齒顎矯正專科醫師指導醫師二位(含)以上」及有專任護理師(士)至少一人，「壹、訓練機構條件」分項之總分即得0分</p>
四、品質管制	<p>一、向病人說明病情及治療方式 認定標準： 治療前需詳細向病人及家屬說明病情及治療方式、需備有告知同意書，說明後讓</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動() 有異動() 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>2%</p>

及指定項目品質評估/標準	病人及相關人員簽名記錄、說明內容須包括：齒顎矯正目的、過程、風險、限制、繳費方式、治療後維護、復位問題。 ◎佐證資料留原單位備查					
	二、依病人請求，提供病歷影本或摘要等資料 認定標準： 依醫療法， 明定 提供病人病歷影本或摘要之步驟、依規定提供提供病人病歷影本或摘要(包括齒顎矯正檢查之相關資料) ◎佐證資料留原單位備查	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	2%
	三、訂定矯正業務安全作業規範與執行方針 認定標準： (一) 明定確保齒顎矯正病患安全之負責人的任務、責任及權限。 (二) 訂定齒顎矯正標準作業程序及安全工作規範。 (三) 訂定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。 ◎佐證資料留原單位備查	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	2%
	四、病歷記載品質 認定標準： (一) 基本病歷紀錄：包括病人主訴、全身及牙科病史，一般牙齒檢查表。 (二) 齒顎矯正病歷，含問題導向診斷、病因、治療目標、計畫、固位計畫、各項口內外照片及影像。 ◎佐證資料留原單位備查	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	2%
	五、完善感染控制措施	符合()	符合()	無異動 ()	符合()	2%

	<p>認定標準： 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(體液)接觸時，工作人員須依程度穿戴面罩/手套/口罩/防護袍相關防護措施、醫療廢棄物依規定處置、利器刺傷預防及處置流程。</p> <p>◎佐證資料留原單位備查</p>	不符合()	不符合()	有異動 () 說明：	不符合()	
	<p>六、放射線作業品質 認定標準：</p> <p>(一) 放射線機械設置、防護與操作符合相關法規。</p> <p>(二) 定期維護保養、安全檢查手冊與紀錄。</p> <p>(三) 放射線影像判別之資料紀錄與完善儲存管理。</p> <p>(四) 放射線照射人員之教育訓練且有紀錄。</p> <p>◎佐證資料留原單位備查</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	2%
	<p>七、危機管理應變 認定標準： 訂定齒顎矯正門診對可能發生診間危機事件(如火災、地震、病人突發病變與意外)之應變計劃與作業手冊、訂定逃生疏散圖、每年至少一次參加醫院之相關演習與訓練，並有紀錄記載齒顎矯正科全員參與討論及分析診間可能之風險危機與管理。</p> <p>◎佐證資料留原單位備查</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	2%
總計						30%

貳、教學師資

項目	評鑑標準	前一年度考核結果	自評	年度異動	評鑑委員	占分比率
一、齒顎矯正科主任/訓練機構負責人	<p>齒顎矯正科主任/訓練機構負責人</p> <p>認定標準：</p> <p>一、具衛生福利部認定之齒顎矯正專科醫師三年以上資歷者。</p> <p>二、每三年至少完成一篇以第一作者或通訊作者投稿之具科學期刊 (Science Citation Index, SCI) 認可或國內各相關專科學會雜誌接受發表與齒顎矯正相關之「期刊論文」。</p> <p>三、每一年至少發表一篇矯正相關學術「會議論文」。</p> <p>◎佐證請詳填表格二與四。</p> <p>◎備註：</p> <p>一、有排班門診表證明，每週至少三次門診以上。(需提供一個月的機構或醫院公開告示之門診表作為佐證，例如機構官網、公告欄或其他公開平台的門診資訊，可採用截圖方式提交。)</p> <p>二、確實負責指導受訓醫師完成病例且有紀錄。</p> <p>三、依衛生局職業登記為準。</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	此項目為必要條件，必須有完全符合左側條件者擔任「齒顎矯正科主任/訓練機構負責人」，需佐證，若無法完全符合條件，「貳、教學師資」分項之總分即得0分
二、專任指導醫師	<p>專任指導醫師</p> <p>認定標準：</p> <p>一、具衛生福利部認定之齒顎矯正專科醫師資歷一年以上者。</p>	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	25% 此項目為必要條件，必須有完全符合左側條件

<p>導 醫 師</p>	<p>二、自任職起每三年至少完成一篇接受發表之具科學期刊 (Science Citation Index, SCI) 認可或國內各相關專科學會雜誌發表與齒顎矯正相關之「期刊論文」。</p> <p>三、自任職起每一年至少發表一篇矯正相關學術「會議論文」。</p> <p>◎佐證請詳填表格二與四。</p> <p>◎備註：</p> <p>一、有排班門診表證明，每週至少三次門診以上。(需提供一個月的機構或醫院公開告示之門診表作為佐證，例如機構官網、公告欄或其他公開平台的門診資訊，可採用截圖方式提交。每週須有三次以上門診記錄，並以此為認定依據)</p> <p>二、確實負責指導受訓醫師完成病例且有紀錄。</p> <p>三、依衛生局職業登記為準。</p>					<p>者擔任「齒顎矯正科主任/訓練機構負責人」，需佐證，若無法完全符合條件，「貳、教學師資」分項之總分即得0分；專任師資含負責人至少2位</p>
<p>三、兼任指導醫師</p>	<p>兼任指導醫師 認定標準：</p> <p>一、具衛生福利部認定之齒顎矯正專科醫師資歷一年以上者。</p> <p>二、自任職起每一年至少發表一篇矯正相關之「期刊論文或學術會議論文」。</p> <p>◎佐證請詳填表格三與四。</p> <p>◎備註：</p> <p>一、應有聘書或在職證明認定。</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動 () 有異動 () 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	

	<p>二、依衛生局報備支援為準或執業登記在該機構齒顎矯正科。可為診間臨床病例指導或診外教學指導，應有出勤紀錄（每週至少一診）。</p> <p>三、確實負責指導該機構之受訓醫師且有紀錄。</p>					
四、訓練員額	<p>認定標準：</p> <p>一、訓練機構應聘有至少二名合格之專任指導醫師擔任訓練指導工作，並每年可收訓一名受訓醫師。每增加一名專任指導醫師，當年可增加一名受訓名額。</p> <p>二、訓練機構得聘兼任指導醫師，每二名合格之兼任指導醫師每年可訓練一名受訓醫師，計算訓練員額時兼任指導醫師人數不得超過專任指導醫師人數之二倍。</p>	<p>前一年度（113年）核定結果（）位</p>	<p>自評下一年度（114年）可收訓醫師名額（）位</p>		<p>評鑑委員核定下一年度（114年）可收訓醫師名額（）位</p>	
總計						25%

參、教學設備

項目	評鑑標準	前一年度考核結果	自評	年度異動	評鑑委員	占分比率
一、教學場所	<p>討論及教學空間</p> <p>[] 有，可容納_____人</p> <p>[] 無</p> <p>認定標準：</p> <p>一、需有適當之討論及教學空間。</p> <p>二、於齒顎矯正門診時段受訓醫師應具備專屬治療椅。</p> <p>◎佐證資料留原單位備查</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動 ()</p> <p>有異動 ()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	10%
二、教學設備	<p>電腦測顱分析系統</p> <p>[] 有 [] 無</p> <p>齒顎矯正期刊_____種</p> <p>認定標準：</p> <p>一、具電腦測顱分析系統至少一種。</p> <p>二、具齒顎矯正相關期刊至少三種以上並可供線上查閱及全文下載。</p> <p>◎佐證資料留原單位備查</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動 ()</p> <p>有異動 ()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	10%
總計						20%

肆、教學內容

項目	評鑑標準	前一年度考核結果	自評	年度異動	評鑑委員	占分比率
一、教學課程 (依本課程完成訓練，所需時間至少為三年)	依衛生福利部公告之齒顎矯正專科醫師訓練課程基準檢附相關文件。 認定標準：應符合齒顎矯正專科醫師訓練課程基準之規定。					
	齒顎矯正學科 A.受訓期間在指導醫師督導下自始至終親自 完成 治療之五個病例中： 1.需 包括 Angle's Class I、II、III各類不正咬合。 2.五個病例中，至少需有 兩個 拔牙病例。 ◎佐證請詳填表格六 ◎應提報 完整病例及紀錄 ，佐證資料留原單位備查。	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	4%
	B.受訓期間在指導醫師督導下，親自參與治療二年以上之 30 個病例，應包括不同類型之不正咬合病例： 1.Angle's Class I (五 例)。 2.Angle's Class II (三 例)。 3.Angle's Class III (二 例)。 4.Interdisciplinary Treatment Cases (三 例)。 5.Facial or Dental Asymmetry (一 例)。 6.Orthognathic surgical Case(Class I、II、III之 case 皆可) (一 例)。 ◎佐證請詳填表格七 ◎應準備 簡單病例摘要 備查，佐證資料留原單位備查。	符合() 不符合()	符合() 不符合()	無異動 () 有異動 () 說明：	符合() 不符合()	4%

<p>C.齒顎矯正科專科訓練之基礎生物醫學課程，應授課三十小時以上，並包括下列內容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.顱顏生長發育學。 2.頭頸部解剖學。 3.研究方法及生物統計學。 4.進階口腔生物學。 5.咬合生理學。 <p>認定標準： 具授課課表與教師、學生等紀錄。 ◎佐證請檢附課程課表或詳填表格八，簽到表等資料留原單位備查。</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動() 有異動() 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>3%</p>
<p>D.齒顎矯正科專科訓練之臨床牙醫學課程，應授課一百八十小時以上，並包括下列內容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.測顱分析放射線學。 2.臨床齒顎矯正學。 3.齒顎矯正生物力學特論。 4.臨床齒顎矯正病例診斷及討論。 5.齒顎矯正學文獻回顧。 6.顱顏畸型特論。 7.正顎手術學特論(含顎面矯正手術二十四小時課程)。 <p>認定標準： 具授課課表與教師、學生等紀錄。 ◎佐證檢附請課程課表或詳填表格八，簽到表等資料留原單位備查。</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動() 有異動() 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>3%</p>
<p>E.齒顎矯正臨床模擬課程(wire bending & typodont course)，應包括下列內容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.獨自完成一套Angle's Class I 或 Class II 或 Class III 之齒顎矯正 	<p>符合() 不符合()</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>無異動() 有異動() 說明：</p>	<p>符合() 不符合()</p>	<p>2%</p>

	<p>治療蠟型(Typodont)。</p> <p>2.上述矯正治療應包括排整(Aligning)、關閉空隙(Space closure)、精密咬合調整(Detailing)及完成階段(Finishing)之系列矯正金屬線彎製成品，並附有各治療步驟之相片紀錄。</p> <p>認定標準： 訪查時，應陳列含齒顎矯正金屬線彎製(wire bending)、齒顎矯正臨床模擬課程(typodont course)之實習手冊（講義）及每位受訓醫師之實習成品及病例紀錄。</p> <p>◎佐證請檢附課程課表或詳填表格八，簽到表等資料留原單位備查。</p>					
	<p>F. 受訓醫師得於受訓期間發表會議論文，或於專科醫師甄審口試前以第一作者投稿中華民國齒顎矯正學期刊或台灣口腔矯正醫學會雜誌或國內外具SCI之學術期刊。</p> <p>◎佐證請詳填表格四。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動()</p> <p>有異動() 說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>2%</p>
二、教學活動	<p>一、相關課程討論會</p> <p>認定標準：每週至少一次，每次至少五十分鐘，並應有會議紀錄(包括內容摘要、主持人、報告者、出席者、討論內容等紀錄)</p> <p>◎佐證請檢附課程課表或詳填表格八，簽到表等資料留原單位備查。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動()</p> <p>有異動() 說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>2%</p>
	<p>二、臨床病例討論會</p> <p>認定標準：每週至少一次，每次至少五十分鐘，並應有會議紀錄(包括內容摘要、主持人、報告者、出席者、討論內容等紀錄)。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動()</p> <p>有異動() 說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>2%</p>

	◎佐證請檢附課程課表或詳填表格八，簽到表等資料留原單位備查。					
	<p>三、跨科會議</p> <p>認定標準：每月至少一次跨科（除齒顎矯正科外之其他牙科專科）之學術會議或病例討論會且有詳細紀錄。</p> <p>◎佐證請檢附課程課表或詳填表格八，簽到表等資料留原單位備查。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動()</p> <p>有異動()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>1%</p>
	<p>四、臨床操作</p> <p>認定標準：受訓醫師每週至少六診，每診至少三小時，應有門診排班表證明。</p> <p>◎佐證請檢附受訓醫師門診排班表於表格五附件之後。</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動()</p> <p>有異動()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>此項目為必要條件，必須完全符合受訓醫師每週至少六診，每診至少三小時，需佐證，若無法完全符合條件，「肆、教學內容」分項之總分即得0</p>
	<p>五、特殊紀錄</p> <p>認定標準：訪查時，應陳列含齒顎矯正金屬線彎製(wire bending)(齒顎矯正實驗室課程(typodont course)之實習手冊(講義)及每名受訓醫師之實習成品</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>無異動()</p> <p>有異動()</p> <p>說明：</p>	<p>符合()</p> <p>不符合()</p>	<p>2%</p>
總計						25%

評鑑基準說明：

總分超過 60 分，且必要條件全部符合即為通過。

伍、缺失改進說明

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		

陸、必填表格

表格一

申請訓練機構每年 100 個以上病例清單（請呈現 112.1.1-113.12.31 之資料）

（本表格預設提供 100 個病例填寫空間，若不敷使用，請自行增加欄位填寫。）

編號	病患姓名	年齡	性別	出生年月日	病歷號碼	聯絡電話	異常咬合類型	開始治療日期	治療結束日期
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									

編號	病患姓名	年齡	性別	出生年月日	病歷號碼	聯絡電話	異常咬合類型	開始治療日期	治療結束日期
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									
32.									
33.									

編號	病患姓名	年齡	性別	出生年月日	病歷號碼	聯絡電話	異常咬合類型	開始治療日期	治療結束日期
34.									
35.									
36.									
37.									
38.									
39.									
40.									
41.									
42.									
43.									
44.									
45.									
46.									
47.									
48.									
49.									
50.									

編號	病患姓名	年齡	性別	出生年月日	病歷號碼	聯絡電話	異常咬合類型	開始治療日期	治療結束日期
51.									
52.									
53.									
54.									
55.									
56.									
57.									
58.									
59.									
60.									
61.									
62.									
63.									
64.									
65.									
66.									
67.									

編號	病患姓名	年齡	性別	出生年月日	病歷號碼	聯絡電話	異常咬合類型	開始治療日期	治療結束日期
68.									
69.									
70.									
71.									
72.									
73.									
74.									
75.									
76.									
77.									
78.									
79.									
80.									
81.									
82.									
83.									
84.									

編號	病患姓名	年齡	性別	出生年月日	病歷號碼	聯絡電話	異常咬合類型	開始治療日期	治療結束日期
85.									
86.									
87.									
88.									
89.									
90.									
91.									
92.									
93.									
94.									
95.									
96.									
97.									
98.									
99.									
100.									

表格二

教學師資審查

110年8月1日前取得專科醫師資格者即符合齒顎矯正科主任/訓練機構負責人年資

112年8月1日前取得專科醫師資格者即符合專任指導醫師年資

一、專任指導醫師 共 [] 人				此欄由訪查委員填寫	
齒顎矯正科主任/訓練機構負責人請於姓名後標示*備註。					
姓 名	專科醫師證書字號	任職期間	*符合條件	符 合	不 符 合

說明：符合條件請參考衛生福利部公告之齒顎矯正專科醫師訓練機構認定基準，第二大項內容（貳、教學師資）。擔任齒顎矯正訓練機構主任/負責人必須為衛生福利部所認定之齒顎矯正科專科醫師，滿三年以上資歷者。擔任齒顎矯正訓練機構之齒顎矯正專科專任指導醫師必須為衛生福利部所認定之齒顎矯正科專科醫師，滿一年以上資歷者。

- 認定標準：
- 1.符合研究論文要求。（主任/負責人：每三年至少完成一篇以第一作者或通訊作者投稿之具科學期刊（Science Citation Index, SCI）認可或國內各相關專科學會雜誌接受發表與齒顎矯正相關之「期刊論文」；每一年至少發表一篇矯正相關學術「會議論文」。非主任/負責人之專任指導醫師：自任職起每三年至少完成一篇接受發表之具科學期刊（Science Citation Index, SCI）認可或國內各相關專科學會雜誌發表與齒顎矯正相關之「期刊論文」；自任職起每一年至少發表一篇矯正相關學術「會議論文」。）
 - 2.有排班門診表證明，每週至少三次門診以上。（需提供一個月的機構或醫院公開告示之門診表作為佐證，例如機構官網、公告欄或其他公開平台的門診資訊，可採用截圖方式提交。每週須有三次以上門診記錄，並以此為認定依據。）
 - 3.確實指導受訓醫師完成病歷且有記錄。
 - 4.訓練機構至少需 2 位專任指導醫師。
 - 5.依衛生局執業登記為準。

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齒顎矯正科專科指導醫師二位擔任訓練指導工作。

當每年每增加一位受訓醫師，則須增加一位合格之專任齒顎矯正科專科指導醫師，或二位兼任齒顎矯正科專科指導醫師。計算訓練員額時兼任指導醫師不得超過專任指導醫師的二倍。

教學師資審查

112年8月1日前取得專科醫師資格者即符合兼任指導醫師年資

二、兼任指導醫師 共〔 〕人				此欄由訪查委員填寫	
呈報衛福部兼任指導醫師名單請於姓名後標示*備註。					
姓 名	專科醫師證書字號	任職期間	*符合條件	符 合	不 符 合

說明：符合條件請參考衛生福利部公告之齒顎矯正專科醫師訓練機構認定基準，第二大項內容（**貳、教學師資**）。擔任齒顎矯正專科訓練機構之**兼任**指導醫師必須為**衛生福利部**所認定之齒顎矯正科專科醫師，滿一年以上資歷者。

認定標準：**1.符合研究論文要求(自任職起每一年至少發表一篇矯正相關之「期刊論文或學術會議論文」)**。
2.需有聘書或在職證明認定，兼任醫師以一週至少一診為主。
3.須衛生局報備支援為準。可為診間臨床病例指導或診外教學指導 需有出勤記錄。

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齒顎矯正科專科指導醫師二位擔任訓練指導工作。
 當每年每增加一位受訓醫師，則須增加一位合格之專任齒顎矯正科專科指導醫師，或二位兼任齒顎矯正科專科指導醫師。**計算訓練員額時兼任指導醫師不得超過專任指導醫師的二倍。**

專任師資門診排班表（請呈現 113 年 8 月後某月份之單位門診表）

需提供一個月的機構或醫院公開告示之門診表作為佐證，例如機構官網、公告欄或其他公開平台的門診資訊，可採用截圖方式提交。每週須有三次以上門診記錄，並以此為認定依據。

兼任師資出勤紀錄表（請呈現 113 年 8 月後某月份診間臨床病例指導或診外教學指導之出勤紀錄。每週至少一診）

--

表格四

論文發表清單

發表醫師姓名： 齒顎矯正科主任/訓練機構負責人

	編號	發表醫師姓名	論文名稱	期刊名稱或會議名稱	發表年度
A. 期刊論文 (請呈現 111/1/1 至 113/12/31 之資料)	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
B. 會議論文 (請呈現 111/1/1 至 113/12/31 之資料)	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				

範例：

發表醫師姓名：鄭信忠醫師 齒顎矯正科主任/訓練機構負責人

	編號	發表醫師姓名	論文名稱	期刊名稱或會議名稱	發表年度
A. 期刊 論文	1	鄭信忠、張家馨、 謝錚婷	台北醫學大學附設醫院齒顎矯正拔牙病例分析	中華民國齒顎矯正學雜誌 20-1 期，PP. 33-40	98 年
	2				
B. 會議 論文	1	鄭信忠，謝學吟， 盧泰良，陳建鋒	The impact of third molars on the mandibular relapse in post-orthodontic patients: a meta-analysis.	中華民國齒顎矯正學會第 14 屆第二次會員大會暨學術研 討會，P. 44	104 年
	2				

- 註：1.請呈現申請年度前三年之資料。
2.每位發表醫師請以表格分別列示。
3.論文指導者，請以底線標示。

表格四

論文發表清單

發表醫師姓名： 專任指導醫師

兼任指導醫師

	編號	發表醫師姓名	論文名稱	期刊名稱或會議名稱	發表年度
A. 期刊論文 (請呈現 111/1/1 至 113/12/31 之資料)	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
B. 會議論文 (請呈現 111/1/1 至 113/12/31 之資料)	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				

範例：

發表醫師姓名：鄭信忠醫師

專任指導醫師

兼任指導醫師

	編號	發表醫師姓名	論文名稱	期刊名稱或會議名稱	發表年度
A. 期刊 論文	1	鄭信忠、張家馨、 謝錚婷	台北醫學大學附設醫院齒顎矯正拔牙病例分析	中華民國齒顎矯正學雜誌 20-1 期，PP. 33-40	98 年
	2				
B. 會議 論文	1	鄭信忠，謝學吟， 盧泰良，陳建鋒	The impact of third molars on the mandibular relapse in post-orthodontic patients: a meta-analysis.	中華民國齒顎矯正學會第 14 屆第二次會員大會暨學術研 討會，P. 44	104 年
	2				

註：1 每位發表醫師請以表格分別列示。

2. 論文指導者，請以底線標示。

表格四

論文發表清單

發表醫師姓名：

受訓醫師

	編號	發表醫師姓名	論文名稱	期刊名稱或會議名稱	發表年度
A. 期刊論文	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
B. 會議論文	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				

範例：

發表醫師姓名：鄭信忠醫師

受訓醫師

	編號	發表醫師姓名	論文名稱	期刊名稱或會議名稱	發表年度
A. 期刊 論文	1	鄭信忠、張家馨、 謝錚婷	台北醫學大學附設醫院齒顎矯正拔牙病例分析	中華民國齒顎矯正學雜誌 20-1 期，PP. 33-40	98 年
	2				
B. 會議 論文	1	鄭信忠，謝學吟， 盧泰良，陳建鋒	The impact of third molars on the mandibular relapse in post-orthodontic patients: a meta-analysis.	中華民國齒顎矯正學會第 14 屆第二次會員大會暨學術研 討會，P. 44	104 年
	2				

註：1.請呈現受訓醫師受訓期間之資料。
2.論文指導者，請以底線標示。

表格六

受訓醫師自始至終親自完成治療之五個病例清單（含下面註 1 之病歷類型）

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	異常咬合 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.												
2.												
3.												
4.												
5.												

註 1：異常咬合類型：

1. 須包括 Angle' s Class I、II、III 各類不正咬合。
2. 五個病例中，至少須有兩個拔牙病例（請在異常咬合類型後括弧標示拔牙或不拔牙）。

註 2：指導醫師欄請簽名/蓋章

表格七

受訓醫師治療病例清單

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	異常咬合 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.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												

註 1：異常咬合類型(請照異常咬合類型 1-6 類依序填寫)

- | | | | |
|----------------------|-----|--------------------------------------------------------|-----|
| 1. Angle's Class I | 5 例 | 4. Interdisciplinary Treatment Cases | 3 例 |
| 2. Angle's Class II | 3 例 | 5. Facial or Dental Asymmetry | 1 例 |
| 3. Angle's Class III | 2 例 | 6. Orthognathic surgical Case(Class I、II、III之 case 皆可) | 1 例 |

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、第三年課程資料填寫）

編號	課程類別	課程標題	課程時間	上課地點	課程負責人（授課講師）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

註 1：課程類別請填寫 1.基礎生物醫學課程（包括顱顏生長發育學、頭頸部解剖學、研究方法及生物統計學、進階口腔生物學、咬合生理學；應授課三十小時以上） 2.臨床牙醫學課程（包括測顱分析放射線學、臨床齒顎矯正學、齒顎矯正生物力學特論、臨床齒顎矯正病例診斷及討論、齒顎矯正學文獻回顧、顱顏畸型特論、正顎手術學特論含顎面矯正手術二十四小時課程；應授課一百八十小時以上） 3.齒顎矯正臨床模擬課程（wire bending & typodont course） 4.討論會（包括每週至少一次相關課程討論會、每週至少一次臨床病例討論會、每月至少一次跨科會議）

註 2：如檢附原單位課程表可不填寫本表。

註 3：本表若不敷使用，請自行增加欄位填寫。

柒、異動佐證欄資料

--

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。