

齒顎矯正科專科醫師 106 年度 口試考生說明會

會議時間：6 月 4 日（星期日）上午九時至中午十二時

會議地點：集思會議中心 B1 拉斐爾廳（台北市羅斯福路四段 85 號 B1 國立台灣大學第二活動中心內）

口試工作時程表-----	02
中華民國齒顎矯正部定專科醫師甄審口試申請書-----	03
中華民國齒顎矯正部定專科醫師甄審口試病例審查繳交資料確認表---	04
中華民國齒顎矯正學會專科醫師口試年度最佳病例實施細則.報名表--	05
中華民國齒顎矯正部定專科醫師甄審口試病例審查格式-----	06
中華民國齒顎矯正部定專科醫師口試病例審查評分標準-----	13
中華民國齒顎矯正部定專科醫師口試評分表-----	19

口試工作時程表

※衛福部尚未公告考試時間，正確口試工作時程表依學會正式公文為準

08/30~09/08 接受考生報名

09/11~09/15 秘書處確認口試病例完整、考官分組安排、秘書處將病例光碟寄送給委員

10/06 通知病例審查結果

10/07-10/26 考生繳交口試ppt檔案

10/13 病例審查申覆截止

10/24 召開專科醫師甄審複審審議小組會議

10/25 寄發申覆結果

11/05 假台北萬豪酒店舉辦專科醫師口試

中華民國齒顎矯正部定專科醫師甄審口試申請書

102年修訂版 (Revision 2013)

申請人姓名：中文_____		性別：()男 ()女				
英文_____		生日：____年____月____日				
專科醫師受訓編號：						
通訊地址：		手機：				
連絡電話：		傳真：				
E-MAIL：		期間：____/____至____/____				
齒顎矯正訓練機構：		____/____至____/____				
專科醫師甄審筆試通過日期： 年 月 資格審查組長簽章：						
申請之病例請填寫所提出五個之病例：其中必須包括至少含三例有拔牙或缺牙之治療病例，且該拔牙或缺牙空間必須關閉。						
A. 必備病例屬性	病例姓名 (例：王〇明)	開始日期	完成日期	指導醫師認簽	拔牙病例請打勾	若曾經提報，請填口試年度
1.						
2.						
3.						
4.						
B. 自選病例(任選一個病例、請描述病例屬性或診斷)	病例姓名 (例：王〇明)	開始日期	完成日期	指導醫師認簽	拔牙病例請打勾	若曾經提報，請填口試年度
5.						
附件：五例完整治療病例資料、訓練機構開立之三年完訓證明(該年度八月三十一日前需滿三年)、專科醫師訓練證正反面影本。						
注意事項：						
1. 電子檔一律以 pdf 格式繳交，秘書處將於收件後協助確認檔案中是否有不符規定之處，如有不符規定之處則一律退件，若無法於報名截止前修正並補件完成，將視同未完成報名手續，不得參加今年度專科醫師甄審口試。						
2. 為避免應考牙科模型於運送過程中可能的任何毀損，考生應自行備份應考牙科模型。						
3. 考生應自行確認所繳交之應考資料一切符合規定，若有不符之處，後果一律由考生自行負責。						
申請人：_____ (簽名) 訓練機構負責人：_____ (簽名)						
日 期：____年____月____日 日 期：____年____月____日						
行政審查： 符合：() 不符合：() 秘書長簽章：		病例審查： 通過：() 不通過：() 口試組長簽章：		病例報告： 通過：() 不通過：() 口試組長簽章：		

甄審委員會主委簽章：

中華民國齒顎矯正部定專科醫師甄審口試病例審查繳交資料確認表

103 年修訂版 (Revision 2014)

請備妥下列必備資料，確認後並勾選

考生姓名 _____

- _____ 中華民國齒顎矯正部定專科醫師甄審口試申請書
- _____ 中華民國齒顎矯正部定專科醫師甄審口試病例審查格式〔共五病例〕
- _____ 中華民國齒顎矯正部定專科醫師口試病例審查評分標準〔共五病例〕
- _____ 訓練機構開立之三年完訓證明
- _____ 專科醫師訓練證正反面影本
- _____ 中華民國齒顎矯正學會專科醫師口試年度最佳病例報名表
- _____ 中華民國齒顎矯正專科醫師甄審口試病例審查格式、口試病例審查評分標準拷貝光碟共七份(病例檔案名稱依必備病例 A、B、C、D 及自選病例 E 依次編號命名)
- _____ 所有資料、照片、X 光片、或上述之拷貝光碟等，皆不可出現考生姓名、病人資料、或與訓練機構有關之任何文字或符號等，否則即喪失資格

病例資料

A	B	C	D	E	病例編號
_____	_____	_____	_____	_____	治療前牙科模型(Pre-treatment Dental model)
_____	_____	_____	_____	_____	治療後牙科模型(Post-treatment Dental model)
_____	_____	_____	_____	_____	治療前之牙科模型照片 (Pre-treatment Dental Model Photos)
_____	_____	_____	_____	_____	治療後之牙科模型照片 (Post-treatment Dental Model Photos)
_____	_____	_____	_____	_____	治療前側面測顱 X 光 (Pretreatment Cephalogram)
_____	_____	_____	_____	_____	治療後側面測顱 X 光 (Post-treatment Cephalogram)
_____	_____	_____	_____	_____	治療前環口 X 光 (Pretreatment Panoramic Radiograph)
_____	_____	_____	_____	_____	治療後環口 X 光 (Post-treatment Panoramic Radiograph)
_____	_____	_____	_____	_____	治療前之口內照片 (Pretreatment Intra-oral Photos)
_____	_____	_____	_____	_____	治療前之口外照片 (Pretreatment Extra-oral Photos)
_____	_____	_____	_____	_____	治療中之口內照片 (Progress Intra-oral Photos)
_____	_____	_____	_____	_____	治療中之口外照片 (Progress Extra-oral Photos)
_____	_____	_____	_____	_____	治療後之口內照片 (Post-treatment Intra-oral Photos)
_____	_____	_____	_____	_____	治療後之口外照片 (Post-treatment Extra-oral Photos)
_____	_____	_____	_____	_____	治療前後之側面測顱 X 光臨摹全重疊(Pre- & post-treatment cephalometric overall superimpositions)
_____	_____	_____	_____	_____	治療前後之上顎臨摹重疊(Pre- & post-treatment cephalometric maxillary superimpositions)
_____	_____	_____	_____	_____	治療前後之下顎臨摹重疊(Pre- & post-treatment cephalometric mandibular superimpositions)

注意事項：1.數位測顱 X 光必須輸出為 1:1 清晰可判讀之實體 X 光片或高畫質紙本等形式，以對應側面測顱 X 光臨摹與重疊之審查。

2.所有測顱 X 光之臨摹與重疊需以 1:1 清晰可判讀之實體 X 光片或高畫質紙本等形式與 Tracing paper 實際手做臨摹與重疊，不可以電腦軟體進行。

3.所有測顱 X 光之臨摹需檢附 1:1 清晰可判讀之 Tracing paper 實體。

4.數位環口 X 光必須輸出為清晰可判讀之實體 X 光片或高畫質紙本等形式。

5.牙科模型可以是傳統之實體石膏模型，數位牙科模型必須輸出為 1:1 細部構造清晰可判讀之實體模型，材料不拘。

6.考生須自負上列必備資料之完備與清晰可判讀之責任，一旦繳交送出不得替換或補件。

「中華民國齒顎矯正學會專科醫師口試年度最佳病例」實施細則

98.07.21 第11屆第5次理事會通過

98.09.29 第11屆第6次理事會修訂

100.08.02 第12屆第5次理事會修訂

- 一、主旨：為獎勵年輕優秀矯正醫師，提高新進醫師的參與感與榮譽心，特研擬此細則。
- 二、說明：於每年專科醫師口試時，選出三例優秀病例報告，並於同年度矯正年度會員大會上公佈與表揚。
- 三、獎金來源：鼓勵廠商贊助此項目的經費，贊助金不足時則由獎學金委員會列入年度工作計畫的預算編列，最多優選病例3例，每例獎金最高2萬元。
- 四、施行細則：
 1. 於每年專科醫師口試時，參加考試的醫師自己選出一例參加評選。審查醫師則將這些合格的書面審查病例在制式的評分表打上分數。
 2. 由獎學金委員會主委邀請其他六位評審醫師共七人擔任評分委員，負責分數的計算與名次的核定，並將名單報知獎學金委員會。
 3. 於同年度矯正年度會員大會上公佈並頒發獎狀。
 4. 得獎者應於規定期限內投稿至本會雜誌始得領取獎金。
- 五、評分標準；參考口試病例審查評分表。
- 六、本細則經獎學金委員會決議通過並向理事會議報備後實施，修正時亦同。
- 七、成績公佈：12月底公告於會訊及學會網站，另發文通知優選醫師。

「中華民國齒顎矯正學會專科醫師口試年度最佳病例」報名表

參加者姓名：

聯絡電話：

病例代碼：請圈選 (A) (B) (C) (D) (E)

中華民國齒顎矯正部定專科醫師甄審口試病例審查格式

(Case Assessment Form for the Oral Test of Board Exam of the Taiwan Board of Orthodontists)

102 年修訂版 (Revision 2013)

105 年修訂版 (Revision 2016)

治療前病例屬性定義 (Definitions for Case Category prior treatment) :

1. 以 Angle Classification 為標準 (All the cases are categorized by the Angle Classification) 。
2. Class I---- 上顎第一大白齒的近心頰側咬頭的三角隆線必須咬在下顎第一大白齒的近心頰側溝上 2 mm(含) 以內咬合者 (The triangular ridge of the mesiobuccal cusp of upper 1st molar bites within 2 mm [include] on the mesiobuccal groove of lower 1st molar) 。
3. Class II--- 上顎第一大白齒的近心頰側咬頭的三角隆線咬在下顎第一大白齒的近心頰側溝遠心 2 mm 以上咬合者 (The triangular ridge of the mesiobuccal cusp of upper 1st molar bites at least 2 mm [not include] mesial to the mesiobuccal groove of lower 1st molar) 。
4. Class III--- 上顎第一大白齒的近心頰側咬頭的三角隆線咬在下顎第一大白齒的近心頰側溝近心 2 mm(含) 以上咬合者 (The triangular ridge of the mesiobuccal cusp of upper 1st molar bites at least 2 mm distal to the mesiobuccal groove of lower 1st molar) 。

必備病例屬性 (Category for the required cases) :

- _____ a. Complete two-stage treatment case: starting with mixed dentition stage
- _____ b. Class I malocclusion with bimaxillary protrusion
- _____ c. Class I malocclusion case: including open-bite, deep-bite or severe space deficiency
- _____ d. Class II div. I malocclusion with space deficiency
- _____ e. Class II div. I malocclusion case: high mandibular plane angle and ant. open-bite
- _____ f. Class II div. II case
- _____ g. Anterior cross-bite malocclusion: complete cross-bite of four maxillary incisors
- _____ h. Severe maxilla-mandible basal bone discrepancy: AP or vertical relationship
- _____ i. Adult malocclusion case combined with periodontal, endodontic and/or prosthodontic therapy / non-surgical case

自選病例屬性 (Optional Case): _____

考生須由上述九類病例屬性中選擇四例 (不得重覆) 加上一例任何自選病例(病例種類不受限於上述之九類病例屬性), 合併五例; 其中必須包括至少含三例有拔牙或缺牙之治療病例, 且該拔牙或缺牙空間必須關閉。

(The applicant has to prepare 5 cases, including 4 cases selected from the different items in the category for the required cases, and 1 case of optional case on his/her preference. However, these 5 cases should include at least 3 cases of tooth extraction due to orthodontic purposes or of edentulous space, and the extraction space or edentulous space must be closed)

申請者代號 (Applicant assigned #): _____ (秘書處填寫 to be assigned)

病例屬性(Case Category) : _____

病患資料 (Patient Information)

開始治療年齡 (Age commencing treatment) : _____

性別 (Gender) : _____

治療前之紀錄 (Pretreatment Records)

紀錄日期 (Date of Record) : _____

年齡 (Age) : _____

紀錄項目 (Items of Record) :

- _____ 牙科模型 (Dental Model)
- _____ 側面測顱 X 光 (Lateral Cephalogram)
- _____ 環口 X 光 (Panoramic Radiograph)
- _____ 口內外照片 (Intra- and Extra-oral Photos)
- _____ 其他 (others)_____

治療中之記錄 (Progress treatment Record)

紀錄日期 (Date of Record) : _____

年齡 (Age) : _____

紀錄項目 (Items of Record) :

- _____ 口內外照片 (Intra- and Extra-oral Photos)
- _____ 其他 (others)_____

治療後之紀錄 (Post-treatment Records)

紀錄日期 (Date of Record) : _____

年齡 (Age) : _____

紀錄項目 (Items of Records) :

- _____ 牙科模型 (Dental model)
- _____ 側面測顱 X 光 (Lateral Cephalogram)
- _____ 環口 X 光 (Panoramic Radiograph)
- _____ 口內外照片 (Intra- and Extra- oral Photos)
- _____ 其他 (Others)_____

治療紀錄 (Summary of Treatment) :

病患之主訴 (Chief Complaint) :

病史 (History) :

Medical

Dental

病因推斷 (Inference of Etiology) :

診斷 (Diagnosis) :

骨骼性 (Skeletal)

齒列性 (Dental)

治療目標 (Treatment Goals) :

AP: AnterioPosterior; VERT: Vertical; TRANS: Transverse; MX: Maxilla; MN: Mandible

Skeletal	
AP MX	
AP MN	
VERT MX	
VERT MN	
Dental	
AP MX	
AP MN	
VERT	
TRANS MX	
TRANS MN	
CURVE OF SPEE	
Esthetic	
FACIAL ESTHETICS	

治療計劃 (Treatment Plan) :

治療方法及裝置 (Treatment Methods and Appliances) :

治療進展 (Treatment Progressing Note) :

治療目標達成情形分析 (Treatment Goals Achieved) :

AP: AnterioPosterior; VERT: Vertical; TRANS: Transverse; MX: Maxilla; MN: Mandible

Skeletal	
AP MX	
AP MN	
VERT MX	
VERT MN	
Dental	
AP MX	
AP MN	
VERT	
TRANS MX	
TRANS MN	
CURVE OF SPEE	
Esthetic	
FACIAL ESTHETICS	

固持裝置 (Type of Retention) :

- 上齒列 (Maxillary Arch)
- 裝載日期 (Date of Delivery)
- 下齒列 (Mandibular Arch)
- 裝載日期 (Date of Delivery)

矯正結果自我評估 (Self-assessment of Treatment Results) :

自我檢討 並提出改善方法

必備附件資料 (required items) :

治療前之側面測顱 X 光臨摹 (Pre-treatment Cephalometric Tracing) :

攝影日期 (Date of X-ray) : _____

治療後之側面測顱 X 光臨摹 (Post-treatment Cephalometric Tracing) :

攝影日期 (Date of X-ray) : _____

治療前後之側面測顱 X 光臨摹全重疊與結果闡釋說明(Interpretation of the pre-treatment and post-treatment overall cephalometric superimposition & results)----定位於 S 點，重疊於 S-N line 上 (Register on S point and superimpose on S-N line) :

治療前後之上顎骨臨摹重疊與結果闡釋說明 (Interpretation of the pre-treatment and post-treatment maxillary superimposition & results) ---請註明定位點與重疊平面 (Please describe the method of superimposition) :

治療前後之下顎骨臨摹重疊與結果闡釋說明 (Interpretation of the pre-treatment and post-treatment mandibular superimposition & results)---請註明定位點與重疊平面 (Please describe the method of superimposition) :

評估治療前後之側面測顱 X 光數據變化 (Pre-treatment and post-treatment cephalometric analysis) :

SKELETAL ANALYSIS		
	PRE TX	POST TX
SNA°		
SNB°		
ANB°		
SN-MP° (Me-Go)		
DENTAL ANALYSIS		
Upper 1 to NA mm		
Upper 1 to SN°		
Lower 1 to NB mm		
Lower 1 to MP° (Me-Go)		
FACIAL ANALYSIS		
E-Line mm	Upper	
	Lower	

齒列空間分析 (Dental Space Analysis)

齒列大小分析 (Bolton Tooth Ratio Analysis)

Anterior ratio

Overall ratio

治療前之側面測顱 X 光 (Pre-treatment Lateral Cephalogram)

攝影日期 (Date of X-ray) : _____

治療後之側面測顱 X 光 (Post-treatment Lateral Cephalogram)

攝影日期 (Date of X-ray) : _____

治療前之環口 X 光 (Pre-treatment Panoramic Radiograph)

攝影日期 (Date of X-ray): _____

治療後之環口 X 光 (Post-treatment Panoramic Radiograph)

攝影日期 (Date of X-ray): _____

治療前之口內外照片 (Pre-treatment Intra- & Extra-oral Photos) — All photos in one page

口內：1. 正面 2. 右側 3. 左側 4. 上顎咬合面 5. 下顎咬合面

口外：1. 正面 2. Posed Smile 3. 側面

治療中之口內外照片 (Progress Photos Set 1) — All Photos in One Page

口內：1. 正面 2. 右側 3. 左側 4. 上顎咬合面 5. 下顎咬合面

口外：1. 正面 2. Posed Smile 3. 側面

治療後之口內外照片 (Post-treatment Intra- & Extra-oral Photos) — All photos in one page

口內：1. 正面 2. 右側 3. 左側 4. 上顎咬合面 5. 下顎咬合面

口外：1. 正面 2. Posed Smile 3. 側面

治療前之模型照片 (Pre-treatment Dental Model Photos) — All photos in one page

1. 正面 2. 右側 3. 左側 4. 上顎咬合面 5. 下顎咬合面 6. 舌側正面 7. 舌側右面

8. 舌側左面

治療後之模型照片 (Post-treatment Dental Model Photos) — All photos in one page

1. 正面 2. 右側 3. 左側 4. 上顎咬合面 5. 下顎咬合面 6. 舌側正面 7. 舌側右面

8. 舌側左面

中華民國齒顎矯正部定專科醫師口試病例審查評分標準

102 年修訂版 (Revision 2013)

病例編號：(ex：1-A)

評審委員簽名：_____

病例屬性：符合 未符合 (病例屬性不符合者則此病例不通過，委員不需評分；自選病例以診斷之正確性評分)

治療面：40 分

項目	評分標準	Score
1. Overjet (Horizontal overlap): U1 incisal edge - L1 labial surface = 1.0 ~ 2.0 mm 且必須有 contact	1.0 mm~2.0mm 得 2 分	
	0.5 mm~1.0 mm 或 >2.0 ~ 3.0mm 得 1 分	
	>3.0mm 或 <0.5 mm 或 out of contact 得 0 分	
2. Overbite (Vertical overlap): U1 incisal edge - L1 incisal edge = 1.0~3.0mm	1.0 ~3.0 mm 得 2 分	
	0.5 mm ~ <1.0 mm 或 >3.0 ~ 3.5 mm 得 1 分	
	>3.5mm 或 <0.5 mm 得 0 分	
3. Midlines U-L	right on +/- 0.5 mm 得 4 分	
	off 在 1.0mm(R/L)以內得 2 分	
	off 超過 1.0mm(R/L) 得 0 分	
4. Canine relationship: U canine cusp tip bites on the L canine-premolar embrasure 前後 +/-0.5mm	Right side 在前後 +/-0.5mm 範圍內得 1 分 ; 若 off 不在 +/-0.5mm 範圍內則 0 分	
	Left side 在前後 +/-0.5mm 範圍內得 1 分 ; 若 off 不在 +/-0.5mm 範圍內則 0 分	
5. Molar relationship: <u>Class I:</u> U6 mesio-buccal cusp to L6 mesio-buccal groove <u>Class II:</u> U6 mesio-buccal cusp to L5-6 embrasure <u>Class III:</u> U5 palatal cusp in L6 central fossa 或 U4-5 embrasure to L6 mesio-buccal cusp	Right side 依各級咬合定義,在前後 +/-0.5mm 範圍內得 1 分 ; 若 off 不在 +/-0.5mm 範圍內則 0 分	
	Left side 依各級咬合定義,在前後 +/-0.5mm 範圍內得 1 分 ; 若 off 不在 +/-0.5mm 範圍內則 0 分	
6. Alignment / Rotation: <u>Anterior segment</u> (第一個 premolar to 第一個 premolar) 對 incisal edges ; <u>Posterior segment</u> (第一個 premolar to 2 nd molar) 對 central grooves	Upper anterior segment well aligned 得 1 分 ; 只要有 any discrepancy 就 0 分	
	Upper posterior segment well aligned 得 1 分 ; 只要有 any discrepancy 就 0 分	
	Lower anterior segment well aligned 得 1 分 ; 只要有 any discrepancy 就 0 分	
	Lower posterior segment well aligned 得 1 分 ; 只要有 any discrepancy 就 0 分	
7. Interproximal contacts: 分 Upper right/ Upper left/	Upper right 象限 well contact 得 1 分 ; 只要有 any space 超過 0.5mm 該象限就 0 分	

Lower left/ Lower right 四個象限各	Upper left 象限 well contact 得 1 分 ; 只要有任何 space 超過 0.5mm 該象限就 0 分	
	Lower right 象限 well contact 得 1 分 ; 只要有任何 space 超過 0.5mm 該象限就 0 分	
	Lower left 象限 well contact 得 1 分 ; 只要有任何 space 超過 0.5mm 該象限就 0 分	
8. Marginal ridge: Check posterior teeth except the canine-premolar contact, the distal of lower first premolar, & 3 rd molar	Upper right 象限 Discrepancy 小於或等於 0.5 mm 得 1 分 Discrepancy 超過 0.5 mm 得 0 分	
	Upper left 象限 Discrepancy 小於或等於 0.5 mm 得 1 分 Discrepancy 超過 0.5 mm 得 0 分	
	Lower right 象限 Discrepancy 小於或等於 0.5 mm 得 1 分 Discrepancy 超過 0.5 mm 得 0 分	
	Lower left 象限 Discrepancy 小於或等於 0.5 mm 得 1 分 Discrepancy 超過 0.5 mm 得 0 分	
9. Occlusal contact: Check functional cusps of posterior teeth except distopalatal cusp of upper 2 nd molars and lingual cusp of lower first premolar	Upper right 象限零或僅有一個 functional cusp 無接觸得 1 分 , 二個(含)以上的 functional cusp 無接觸得 0 分	
	Upper left 象限零或僅有一個 functional cusp 無接觸得 1 分 , 二個(含)以上的 functional cusp 無接觸得 0 分	
	Lower right 象限零或僅有一個 functional cusp 無接觸得 1 分 , 二個(含)以上的 functional cusp 無接觸得 0 分	
	Lower left 象限零或僅有一個 functional cusp 無接觸得 1 分 , 二個(含)以上的 functional cusp 無接觸得 0 分	
10. Buccolingual inclination: Check buccal and lingual cusps of molars except distal cusps (distobuccal and distolingual) of lower second molar	Upper right 象限 Inclination 小於或等於 1 mm 得 1 分 , Inclination 超過 1 mm 得 0 分	
	Upper left 象限 Inclination 小於或等於 1 mm 得 1 分 , Inclination 超過 1 mm 得 0 分	
	Lower right 象限 Inclination 小於或等於 1 mm 得 1 分 , Inclination 超過 1 mm 得 0 分	
	Lower left 象限 Inclination 小於或等於 1 mm 得 1 分 , Inclination 超過 1 mm 得 0 分	
11. Root parallelism: Check panoramic radiograph except canine	Upper anterior segment 1 分 , 二處以上〔含二處〕牙根太接近該區域得 0 分	
	Upper posterior segment 1 分 , 二處以上〔含二處〕牙根太接近該區域得 0 分	
	Lower anterior segment 1 分 , 二處以上〔含二處〕牙根太接近該區域得 0 分	
	Lower posterior segment 1 分 , 二處以上〔含二處〕牙根太接近該區域得 0 分	
12. Root resorption:	Upper anterior segment 無明顯牙根吸收得 1 分 , 有	

	明顯牙根吸收(程度等於或大於牙根三分之一)得 0 分	
	Upper posterior segment 無明顯牙根吸收得 1 分，有明顯牙根吸收(程度等於或大於牙根三分之一)得 0 分	
	Lower anterior segment 無明顯牙根吸收得 1 分，有明顯牙根吸收(程度等於或大於牙根三分之一)得 0 分	
	Lower posterior segment 無明顯牙根吸收得 1 分，有明顯牙根吸收(程度等於或大於牙根三分之一)得 0 分	
Total score		

治療前病例難易度:15 分

空白處考生填寫，由評審委員審查正確性灰色處評審委員填寫

MEASUREMENTS					
SCORE FOR SKELETAL ANALYSIS (S)					
	PRE TX (A)	Norm		評分標準	Score
		male	female		
SNA°		79.4~82.5	79.8~83.2	0 1	
SNB°		74.6~77.8	75.7~78.7	0 1	
ANB°		4.1~5.7	3.2~5.0	0 1	
SN-MP° (Me-Go)		34.2~38.6	33.8~38.4	0 1	
SCORE FOR DENTAL ANALYSIS (D)					
Upper 1to NA mm		3.8~7.2	4.3~8.1	0 1	
Upper 1 to SN°		103.5~109.1	103.85~108.75	0 1	
Lower 1 to NB mm		6.1~9.5	5.4~10.2	0 1	
Lower 1 to MP° (Me-Go)		91.1~98.3	93.4~99.2	0 1	
SCORE FOR FACIAL ANALYSIS (F)					
E-LINE	Upper		0.8~3.2	0.7~3.1	0 1
	Lower		1.2~4.4	0.2~3.4	0 1
SCORE FOR MODEL ANALYSIS (M)					
Overjet		0.0~5.0		0 1	
Overbite		0.0~4.0		0 1	
Midlines		0.0~2.0		0 1	
Canine relationship		上顎 canine cusp tip 咬在下顎 canine-premolar embrasure 前後 2.0 mm 以內		0 1	
Molar relationship		上顎第一大白齒的近心頰側咬頭的三角隆線(Triangular Ridge)咬在下顎第一大白齒的近心頰側溝(Mesiobuccal Groove)近/遠心 2.0 mm 以內		0 1	
Total Score (S+D+F+M)					

評分說明

Score → 0: 測量值不正確、或角度值於 0.5 個標準差之內、距離值於壹個標準差之內

1: 測量值正確且角度值大於或小於 0.5 個標準差、距離值大於或小於壹個標準差

臨床面：30分

1. 診斷正確性與矯正結果自我評估(10分)

項目 \ 配分	0	3	5	得分
1. 診斷正確性(5分)	Skeletal & Dental 都錯	Skeletal or Dental 錯一項	Skeletal & Dental 都對	
3. 矯正結果自我評估(5分)	沒檢討	有檢討	有檢討並提出改善方法	
Total				

2. 治療目標達成率(20分) (空白處考生填寫、灰色區域評審填寫)

AP: AnterioPosterior; VERT: Vertical; TRANS: Transverse; MX: Maxilla; MN: Mandible

		0-不可接受，0.5 或 1-可以接受配分		
	EXAMINEE TX OBJECTIVES	PRE TX OBJ	POST TXRESULT	Score
SKELETAL ANALYSIS (S)				
A-P MX		0 1	0 1	
A-P MN		0 1	0 1	
VERT MX		0 1	0 1	
VERT MN		0 1	0 1	
DENTAL ANALYSIS (D)				
A-P MX		0 1	0 1	
A-P MN		0 1	0 1	
VERT		0 1	0 1	
TRANS MX		0 0.5	0 0.5	
TRANS MN		0 0.5	0 0.5	
CURVE OF SPEE		0 1	0 1	
FACIAL ANALYSIS (F)				
FACIAL ESTHETICS		0 1	0 1	
Total score (S+D+F)				

資料面:15 分

項目	評分標準	Score
治療前後測顱 X 光臨摹正確度 (Accuracy of pre/post treatment cephalometric tracing):評估分顱底 (Cranial base)、上顎骨 (Maxilla)、下顎骨 (Mandible)、齒列 (Dentitions)、軟組織 (Soft tissue) 五區域, 每區域 1 分, 該區域治療前或後之臨摹有錯誤得 0 分, 該區域治療前與後之臨摹皆正確得 1 分, 總分為 5 分	Cranial base 臨摹正確得 1 分	
	Maxilla 臨摹正確得 1 分	
	Mandible 臨摹正確得 1 分	
	Dentitions 臨摹正確得 1 分	
	Soft tissue 臨摹正確得 1 分	
治療前後測顱 X 光臨摹重疊與闡釋說明正確度 (Accuracy of pre-post cephalometric superimposition & interpretation): 評估治療前後之側面測顱 X 光臨摹全重疊 (overall superimposition)、上顎骨臨摹重疊 (maxillary superimposition)、下顎骨臨摹重疊 (mandibular superimposition) 之正確度與闡釋說明正確度, 總分為 7 分	Overall superimposition 正確得 2 分	
	Maxillary superimposition 正確得 1 分	
	Mandibular superimposition 正確得 1 分	
	overall superimposition 闡釋說明正確得 1 分	
	Maxillary superimposition 闡釋說明正確得 1 分	
	Mandibular superimposition 闡明解釋正確得 1 分	
病例資料整理與治療過程記錄完整性 3 分: 評估學會要求之資料收集完整與否	治療前記錄完整性得 1 分	
	治療中記錄完整性得 1 分	
	治療後記錄完整性得 1 分	
Total score		

總分：治療面+治療前病例難易度+臨床面+資料面 =

60 分(含)以上達口試病例審查通過標準

中華民國齒顎矯正部定專科醫師口試評分表

應試者代碼：_____ (ex: 1-A)

自備病例評分表

項目	占分比例	分數	說明
1. 齒顎矯正學知識與觀念	20%		
2. 臨床操作技術的應用	20%		
3. 回答問題的技巧	20%		
4. 整體表達能力	20%		
5. 診斷治療的說明	20%		
合計總分			

學會指定病例評分表

項目	占分比例	分數	說明
1. 指定病例資料分析與測顱 X 光分析之正確性	10%		
2. 指定病例 Problems list 與診斷之正確性	30%		
3. 指定病例治療目標擬定的合宜性	20%		
4. 指定病例的治療計畫、計畫使用的裝置之說明條理清晰	30%		
5. 報告整體表達能力與回答問題的技巧	10%		
合計總分			

指定病例評分說明：

評分重點為考生是否正確分析病例資料、診斷、擬定治療目標與計畫

◎ 每一評分項目請依占分比例做出評分，並協助合計總分

*1、5 各占分 10%：請委員以 0-35 分(不通過)、或 7 -10 分(通過)做出評分

*3 各占分 20%：請委員以 0-85 分(不通過)、或 12-20 分(通過)做出評分

*2、4 各占分 30%：請委員以 0-12 分(不通過)、或 18-30 分(通過)做出評分

◎ 若委員 *1、5 各占分 10%：給分低於 1 分或高於 90 分，請務必於說明欄位詳細說明

*3 各占分 20%：給分低於 2 分或高於 18 分，請務必於說明欄位詳細說明

*2、4 各占分 30%：給分低於 3 分或高於 27 分，請務必於說明欄位詳細說明

◎ 請組長收集組員評分表後，將過高或過低分數排除後(正負眾數 20 分以上者不予採計)，平均計算，繳回秘書處。

◎ 迴避原則；同一訓練機構之甄審委員應自動放棄詰問之資格以符公平原則。

◎ 口試佔分比重為自備病例 40%、指定病例 60%。