

臺灣牙周病醫學會 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
一、醫療與教學設備：				
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()	
二、教學師資				
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()	
三、教學課程：				
牙醫學	至少每月 2-3 小時		符合() 不符合()	
牙周病(植體)學文獻討論會	至少每月 2-3 小時		符合() 不符合()	
病例討論會	至少每二週一次, 1 小時/次		符合() 不符合()	
四、受訓醫師病例記錄				
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