|  |
| --- |
| 台 灣 婦 產 科 醫 學 會108年度專科醫師訓練醫院認定業務資料表 |

醫 院 名 稱：ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ

醫 院 住 址：ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ

聯 絡 人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯 絡 電 話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

台灣婦產科醫學會專科醫師訓練醫院認定業務資料表

基本資料

醫院名稱 ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ ˍˍˍ ˍˍ

醫院地址 ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ ˍˍˍˍˍ

院長姓名 ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ ˍˍˍˍ 主任姓名 ˍˍˍˍˍˍˍ ˍˍˍˍˍˍˍ

聯絡人姓名 ˍˍˍˍˍ ˍˍˍˍˍ ˍˍ 聯絡電話 ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ

傳 真 ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ E-Mail ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ

1. 曾經參加衛生福利部醫院評鑑﹕□是（ˍˍ年度）評鑑結果（等級）﹕ˍˍˍˍˍˍˍˍˍ

 □否

1. 是否和他院有聯合訓練計畫？ □是，聯合訓練醫院名稱： □否
2. 婦產科病床資料（請填床位數）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分類 | 一般病床 | 待產室 | 產台 | 嬰兒床 | 其他 | 合計 |
| 床位 |  |  |  |  |  |  |

1. 業務資料（以105年1月1日~107年12月31日統計資料）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務項目 | 105年 | 106年 | 107年 |
| 門診人次 |  |  |  |
| 急診人次 |  |  |  |
| 婦科手術人次（含產科20週以下之手術） |  |  |  |
| 生產人次（含剖腹產） |  |  |  |
| 剖腹產率（所有剖腹產人次／所有生產人次） |  |  |  |
| 初次剖腹產率（初次剖腹產人次／總生產人次-再次剖腹產人次） |  |  |  |
| 剖腹產後經陰道生產率（前胎剖腹產後經陰道生產人次／前胎剖腹產人次總數） |  |  |  |
| 產婦逕行要求之剖腹產率（產婦要求剖腹產人次／全部剖腹產人次）🟉 |  |  |  |
| 平均每日門診人次🟉🟉 |  |  |  |
| 平均每日急診人次 |  |  |  |
| 平均每日住院人次 |  |  |  |
| 病床利用率 |  |  |  |
| 平均住院日 |  |  |  |
| 抹片人次 |  |  |  |
| 抹片異常率（抹片異常（ASCUS以上）人數／抹片人次） |  |  |  |
| 孕產婦死亡人數 |  |  |  |
| 周產期死亡率（‰）🟉🟉🟉 |  |  |  |
| 婦科死亡人數 |  |  |  |
| 乳房觸診人次（限於婦產科執行） |  |  |  |
| 乳房超音波人次（限於婦產科執行） |  |  |  |
| SCI論文發表篇數 |  |  |  |

🟉產婦逕行要求之剖腹產率：係指非產科學上理由而施行剖腹產之人次佔全部剖腹產人次之比率。

🟉🟉平均每日門診人次＝婦產科全年門診人次/270日

🟉🟉🟉（22週後出生時之死胎+出生後7天內死亡的新生兒人數）÷該年懷孕22週以上總出生數

1. 人員配置（請填現有人數）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分類 | 主治醫師以上 | R6或以上 | R5 | R4 | R3 | R2 | R1 | 護產人數 | 技術員 |
| 人數 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 醫事人員名冊（截至評鑑日之人員名單，請依式填寫並附上執業執照影本、在職服務證明）
2. 主治醫師（含婦產科主任）：專任 人，兼任 人，共ˍˍ ˍˍ人。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 年齡 | 職稱 | 學歷 | 經歷（註明單位、職稱及年資） | 教育部大專教師證書字號 | 專科醫師證書字號 | 執業登錄日期及執業執照號碼 | 備註（兼任服務時間） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(二) 住院醫師：共ˍˍˍˍ人。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 年齡 | 職稱 | 學歷 | 執業登錄日期及執業執照號碼 | 住院醫師訓練年資 | 備註 |
|  |  |  |  |  | 年 月 |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 |  |
|  |  |  |  |  | 年 月 |  |

1. 醫療設備

 (一) 手術室

1.婦產科手術室ˍˍˍˍ間，手術檯ˍˍˍˍ檯。

 2.手術室基本設備：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □（1）麻醉設備□（4）醫用氣體設備□（7）無影燈及輔助燈□（10）恢復室□（13）除塵設備 | □（2）手術檯□（5）器械台□（8）手術包□（11）更衣室□（14）污物處理設備 | □（3）抽吸設備□（6）X光判讀設備□（9）急救車及設備□（12）刷手檯□（15）其他（請列舉）\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 3.手術室是否有工作手冊？ □是 □否

 4.手術室是否有手術日誌？ □是 □否

5.有恢復室的設備

|  |  |
| --- | --- |
| □（1）可設ˍˍˍˍˍ床空間 | □（2）生理監視器 |
| □（3）急救車及設備 |  |

(二) 產房

1.貴院是否有產房 □有 □否

產房內有分：（A）待產室 □有 □否

（B）分娩室 □有 □否

（C）恢復室 □有 □否

（D）更衣室 □有 □否

（E）刷手檯 □有 □否

（F）除塵設備 □有 □否

（G）污物處理設備 □有 □否

 2.產房：有ˍˍˍˍ間ˍˍˍˍ檯產台。

3.待產室之設備

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □（1）超音波□（4）空調設備 | □（2）產婦及新生兒之急救設備□（5）X光判讀設備 | □（3）胎兒監視器 |
| □（6）其他，請列舉ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ |

 4.分娩室之設備

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □（1）產台 | □（2）產婦及新生兒之急救設備 | □（3）真空吸引機 |
| □（4）照明燈 | □（5）嬰兒保溫處理台 | □（6）產鉗 |
| □（7）產包 | □（8）醫用氣體設備 | □（9）抽吸設備 |
| □（10）保溫箱 | □（11）更衣室及刷手台 | □（12）空調設備 |
| □（13）其他，請列舉ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ |

5.恢復室的設備

|  |  |
| --- | --- |
| □（1）可設ˍˍˍˍ床空間 | □（2）生理監視器 |
| □（3）急救車及設備 |  |

 6.產房是否有工作手冊？ □是 □否

 7.產房是否有產房日誌？ □是 □否

（三）嬰兒室

1. 貴院是否具有嬰兒室： □是，有嬰兒床ˍˍˍˍ床

1. 嬰兒床每ˍˍˍˍ床設有一獨立房間。
2. 嬰兒室之設備包括：

|  |  |
| --- | --- |
| □（1）空調設備 | □（2）日光照射治療設備 |
| □（3）與護理站之緊急聯絡系統 | □（4）調奶室 |
| □（5）更衣室及洗手台 | □（6）嬰兒保溫處理台 |
| □（7）洗澡台 | □（8）保溫箱 |
| □（9）嬰兒用生命跡象監視器 | □（10）更衣室 |
| □（11）其他（請列舉）ˍˍˍˍˍˍ |  |

4. 是否實施母嬰同室（rooming-in）？ □是 □否

5. 是否設母乳哺餵室？ □是，□否。

1. 是否具隔離之早產兒室？ □是，有早產兒保溫箱ˍˍˍˍ個; □否。

 生命跡象監視系統 □是 □否

 急救設備 □是 □否

7.是否具新生兒加護病房？ □是，□否。

8.是否具隔離的感染室空間？ □是，□否。

9.是否有嬰兒室工作手冊？ □是，□否。

10.是否有嬰兒室日誌？ □是，□否。

（四）其他設備

 1.超音波儀器： □腹部超音波、□陰道超音波、□乳房超音波。

 2.人工協助生殖技術設備 □是，□否。

 3.婦科內視鏡（陰道鏡、子宮鏡、腹腔鏡、膀胱鏡） □是，□否。

 4.尿動力檢查 □是，□否。

 5.住院醫師值班室、辦公室及置物櫃 □是，□否。

（五）門診

1) 門診是否備有超音波儀器： □是，有乳房超音波探頭ˍˍˍˍ支 □否

1. 門診是否備有陰道鏡： □是 □否

八、手術審查

(一) 貴院是否有手術審查單位？

 □是 □否，請說明 ˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍˍ

(二) 病人分娩、手術，應有分娩、手術同意書，並告知分娩手術危險性，同意書必須由醫師、病人及家屬親自簽名 □是 □否

(三) 需施行麻醉者，應另備有麻醉同意書，並由麻醉醫師、病人及家屬親自簽名 □是 □否

(四) 病人手術前準備工作包括：

 1.必須項目：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □（1）病史詢問及完成術前病歷記錄 | □（2）抽血（生化、血液檢驗） | □（3）一般尿液分析 |
| □（4）心電圖 | □（5）備血 | □（6）皮膚準備 |
| □（7）手術同意書 | □（8）麻醉同意書 | □（9）術前評估單之完成 |
| □（10）術前衛教 | □（11）告知禁食 | □（12）灌腸 |
| □（13）靜脈輸液 | □（14）預防性抗生素 | □（15）胸部X光檢查(產婦免做) |
| □（16）胎兒監視器檢查(限產科) | □（17）超音波檢查(無影像需求者可免) |
| □（18）其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(請說明) |

2.依疾病情況需增加之項目：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □（1）腫瘤指數 | □（2）電腦斷層 | □（3）膀胱鏡 |
| □（4）大腸鏡 | □（5）血管攝影 | □（6）膀胱尿動力檢查 |
| □（7）IVP |  |  |
| □（8）其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(請說明) |

（五）貴部科是否具執行各種醫療及手術之能力（並將105年1月1日至107年12月31日之服務次數，填於下列表格中）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 婦產科 | 次數 |
|  | .一般婦科 | 105年 | 106年 | 107年 |
| □ | 1. 子宮肌瘤摘除手術🟉 | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_C.\_\_\_\_ D.\_\_\_\_ | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_C.\_\_\_\_ D.\_\_\_\_ | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_C.\_\_\_\_ D.\_\_\_\_ |
| □ | 2. 子宮附屬器切除術🟉 | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_ | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_ | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_ |
| □ |  3. 子宮切除術🟉 | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_C.\_\_\_\_ | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_C.\_\_\_\_ | A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_C.\_\_\_\_  |
| □ |  4. 陰道修補術 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ |  5. 其他內視鏡手術 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 產 科 |  |  |  |
| □ |  6. 自然生產 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ |  7. 經陰道手術式生產（使用真空吸引器、產鉗） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ |  8. 剖腹產後經陰道生產 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ |  9. 剖腹生產 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 10. 處理高危險妊娠能力，通過高危險妊娠評鑑 | □是(level\_\_\_\_\_)□否 | □是(level\_\_\_\_\_)□否 | □是(level\_\_\_\_\_)□否 |
|  | 婦 癌 科 |  |  |  |
| □ | 11. 子宮頸錐狀切除術 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 12. 減積手術（含分期手術） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 13. 根除性子宮切除術 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 14. 根除性外陰切除術 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 15. 骨盆腔臟器摘除術 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 16. 子宮頸抹片異常（ASCUS以上）接受陰道鏡檢查的三年平均執行率 | 三年抹片異常接受陰道鏡檢總人次 ／ 三年抹片異常總人次 ， ％ |
|  | 婦女泌尿 |  |  |  |
| □ | 17. 尿失禁手術 Burch，或其他尿道中段無張力吊帶術如：TVT, SPARC, TOT, TVT-O…等 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 18. 骨盆重建手術 陰道固定(懸吊)或子宮固定 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 19. 尿動力檢查及判讀（限由婦產科醫師參與判讀） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 產前遺傳診斷 |  |  |  |
| □ | 20. 母血唐氏症篩檢 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 21. 第一孕期唐氏症篩檢（含胎兒頸部透明帶測量） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 22. 羊膜腔穿刺 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 23. 遺傳諮詢門診 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 24. 羊水或血液染色體檢查（限在院內執行） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 生殖內分泌及不孕症 |  |  |  |
| □ | 25. 生殖泌尿系統先天異常矯正手術（Surgery for genitourinary tract anomaly:McIndole op.,etc） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 26. 顯微手術（Microsurgery）及內視鏡輸卵管重建或整型手術 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 27. 內視鏡診斷及手術次數： | 診斷性／手術性 | 診斷性／手術性 | 診斷性／手術性 |
|  | 子宮鏡 | \_\_\_\_\_\_／\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_／\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_／\_\_\_\_\_\_ |
|  | 腹腔鏡 | \_\_\_\_\_\_／\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_／\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_／\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 28. 人工協助生殖技術 |  |  |  |
|  |  A.人工授精（IUI） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  B.體外受精（IVF／ET, ZIFT, TET, GIFT） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  C.精蟲顯微注射（ICSI） | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  F.冷凍胚胎 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 乳房醫學（僅限於婦產科醫師參與執行） |  |  |  |
| □ | 29. 乳房理學檢查 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 30. 乳房超音波檢查 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | 31. 乳房切片手術或細針抽吸術 | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |

🟉A.經腹腔鏡 B.傳統式經腹部 C.傳統式經陰道 D.經子宮鏡

（六）貴部科手術切除的標本送病理檢驗的百分比 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_％

 □（1）在院內檢驗： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_％

 □（2）送請其他醫療機構檢驗： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_％

（七）貴部科手術後病人併發症發生率為ˍˍˍˍ％，死亡率ˍˍˍˍ％

（八）貴部科是否有病人手術併發症之檢討記錄及改善措施？□是，□否。

（九）貴部科是否有檢討不必要住院及手術之記錄及改善措施？ □是，□否。

（十）貴部科是否有檢討不必要剖腹產手術之記錄及改善措施？ □是，□否。

（十一）貴部科預防性抗生素的使用

自然分娩1度或2度裂傷，是否使用預防性抗生素？ □是，□否。

其他手術(不包含婦癌手術、人工網膜骨盆重建手術)是否使用預防性抗生素？□是，□否。

□術前one dose □使用one day dose □使用Two days dose □使用超過二天

（十二）貴部科是否通過母嬰親善認證？□是（□四年效期 □三年效期 □二年效期 □一年效期），□否。

（十三）貴部科各類手術由住院醫師執行之比例ˍˍˍˍ。(在主治醫師指導下執行)

（十四）貴部科近三年專科醫師錄取率。

|  |  |
| --- | --- |
| 105年 | 通過ˍˍˍ人數／考試ˍˍˍ人次，錄取率ˍˍˍ％ |
| 106年 | 通過ˍˍˍ人數／考試ˍˍˍ人次，錄取率ˍˍˍ％ |
| 107年 | 通過ˍˍˍ人數／考試ˍˍˍ人次，錄取率ˍˍˍ％ |
| 三年平均錄取率 | 3年通過總人數ˍˍˍ／3年考試總人次ˍˍˍ，錄取率ˍˍˍ％ |

九、教學設備及活動

 （一）教學設備

1. 研究室及實驗室

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 研究室／實驗室名稱 | 設備 |
| （1） |  |  |
| （2） |  |  |
| （3） |  |  |
| （4） |  |  |
| （5） |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

2. 討論室及教室

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 討論室／教室名稱 | 設備 |
| （1） |  |  |
| （2） |  |  |
| （3） |  |  |
| （4） |  |  |
| （5） |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

3. 教學設備（包含電化設備、網路設備及醫學模型）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 設備名稱 | 數量 | 備註 |
| （1） |  |  |  |
| （2） |  |  |  |
| （3） |  |  |  |
| （4） |  |  |  |
| （5） |  |  |  |
| （6） |  |  |  |
| （7） |  |  |  |
| （8） |  |  |  |
| （9） |  |  |  |
| （10） |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

（二）圖書室

 1. 是否闢有專室，□是 □否，建坪約為ˍˍˍˍˍ平方公尺。

 2. 婦產科教科書ˍˍˍˍˍ冊。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 書名 | 出版年份 | 備註 |
| （1） |  |  |  |
| （2） |  |  |  |
| （3） |  |  |  |
| （4） |  |  |  |
| （5） |  |  |  |
| （6） |  |  |  |
| （7） |  |  |  |
| （8） |  |  |  |
| （9） |  |  |  |
| （10） |  |  |  |
| （11） |  |  |  |
| （12） |  |  |  |
| （13） |  |  |  |
| （14） |  |  |  |
| （15） |  |  |  |
| （16） |  |  |  |
| （17） |  |  |  |
| （18） |  |  |  |
| （19） |  |  |  |
| （20） |  |  |  |
| （21） |  |  |  |
| （22） |  |  |  |
| （23） |  |  |  |
| （24） |  |  |  |
| （25） |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

3. 婦產科雜誌，請列舉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 名稱 | 卷期或年份 | 備註 |
| 1 |  | 起： 迄： |  |
| 2 |  | 起： 迄： |  |
| 3 |  | 起： 迄： |  |
| 4 |  | 起： 迄： |  |
| 5 |  | 起： 迄： |  |
| 6 |  | 起： 迄： |  |
| 7 |  | 起： 迄： |  |
| 8 |  | 起： 迄： |  |
| 9 |  | 起： 迄： |  |
| 10 |  | 起： 迄： |  |
| 11 |  | 起： 迄： |  |
| 12 |  | 起： 迄： |  |
| 13 |  | 起： 迄： |  |
| 14 |  | 起： 迄： |  |
| 15 |  | 起： 迄： |  |
| 16 |  | 起： 迄： |  |
| 17 |  | 起： 迄： |  |
| 18 |  | 起： 迄： |  |
| 19 |  | 起： 迄： |  |
| 20 |  | 起： 迄： |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

 4.提供影印服務？ □是 □否。

 5.提供數位下載服務？ □是 □否。

十、教學活動訓練（請依時間順序分類填寫，並將證明文件及會議記錄依次分類裝訂成冊備查）

(一) 定期教學活動

1.婦產科病例討論會

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 活動名稱 | 地點 | 備註（申請積分） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

2.婦產科死亡及併發症討論會

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 活動名稱 | 地點 | 備註（申請積分） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

3.臨床病理討論會

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 活動名稱 | 地點 | 備註（申請積分） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

4.醫學新知研討會(含雜誌選讀會及其他學術討論會)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 活動名稱 | 地點 | 備註（申請積分） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

5.影像教學討論會（含放射醫學、超音波等；另需涵蓋乳房醫學有關之部份）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 活動名稱 | 地點 | 備註（申請積分） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

 (二) 特殊教學活動，請依式填寫並附上證明文件

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 名稱 | 地點 | 是否向本會申請積分 | 備註（參加人數） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

（三）定期舉辦CPR訓練， □是 □否。

 （四）105.01.01~107.12.31 薦送醫事人員至國內外醫療單位受訓或進修之名單。

（請依式填寫並附上證明文件）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 職稱 | 前往受訓機構及單位名稱 | 訓練或進修計畫名稱 | 起迄年月 | 備註 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（請依照實際需要增減表格欄位）

 （五）、1.研究情形及論文發表（105.1.1~107.12.31刊登於醫學雜誌期刊之論文）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 論文名稱 | 第ˍ作者 | 發表之醫學雜誌／期刊之卷、期、頁 | SCI引証係數 | 領域別排名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（五）、2.發表論文有獎勵辨法？ □是 □否。