

「中醫總額」院所品質指標資訊公開作業，請**務必**將下列相關資料填寫後回覆公會，俾利彙整送全聯會

一、基本資料 院所代碼：_____ 院所名稱：_____ 中醫診所
開業醫師：_____ 設立（變更）日期：_____年_____月_____日

二、中醫藥品標示【藥袋】—>有標示項目請打 V

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
病人姓名	性別	藥品名稱	劑量	數量	用法	作用或適應症	警語或副作用	處方醫師	醫療機構名稱	調劑地點	調劑者姓名	調劑日期

三、中醫醫療費用明細標示【收據】—>有標示項目請打 V

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
診察費	藥費	藥事服務費	處置費	檢驗費	檢查費	掛號費	部分負擔	藥品	衛材費	其他

註：(一)本年度全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案

柒、中醫門診特約醫事機有下列情形之一者，不予核發品質保證保留款：

四、未符合中醫醫療院所加強感染控制指標合格者。(向全聯會申請)

五、未符合中醫全聯會提供之「醫療費用明細標示」院所

(二)「新開院所」及「院所代碼更改者(變更開業醫師)」**務必回覆**此表單，請填寫後傳真或 E-mail 至公會。

院所電話：_____ E-mail：_____ 填表日期：_____

臺中市大臺中中醫師公會 傳真：04-25282491 E-mail：sht.cma@gmail.com 電話：04-25282490