

臺中市診所開業準備文件自我檢核表

應備妥下列申請表單及資料，並先行檢視是否符合應備項目：

表單項目	檢核✓	說明
1 臺中市醫療(事)機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表		基本表單
2 臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書		
3 臺中市醫療(事)機構申請開業審查表		
4 臺中市政府衛生局稽查診所申請開業、遷移現場查核表		
5 臺中市醫療院所醫事人員名冊		
6 個人資料收集同意書		
7 臺中市政府衛生局稽查診所門診手術室設備及人員配置查核表		依需求選擇
8 臺中市政府衛生局稽查診所調劑設施設備及人員配置查核表		
9 臺中市政府衛生局稽查診所產房設備及人員配置查核表		
10 臺中市政府衛生局稽查診所嬰兒室設備及人員配置查核表		
11 臺中市政府衛生局稽查診所透析治療室設備及人員配置查核表		
12 臺中市政府衛生局稽查診所放射線設施設備及人員配置查核表		
13 臺中市政府衛生局稽查診所復健治療設施設備及人員配置查核表		
14 臺中市政府衛生局稽查診所檢驗設施設備及人員配置查核表		
15 臺中市政府衛生局稽查聯合診所設置查核表		
16 ☐ 健保基本資料表 ☐ 蓋關防申請書		健保特約
17 土地使用分區證明(註一)		地政事務所申請
18 建物測量成果圖影本		
19 建物所有權狀影本		
20 建物使用執照影本(註二)		都發局申請
21 竣工平面圖(視需要檢附)		
22 醫療(事)機構平面簡圖		自行繪製
23 醫療院所交通位置圖		
24 ☐ 租賃契約書影本 ☐ 無償使用同意書 ☐ 免附(負責人為所有權人) ☐ 轉租同意書(建物所有權人出具)		依情況檢附
25 醫療廢棄物清除處理合約書影本		
26 醫師證書影本		
27 專科醫師證書影本(診療科別登記專科者)		
28 身分證影本(正反面)		
29 1吋相片3張(申請書、開業執照、執業執照使用)		
30 規費(開業執照1000元、執業執照300元/每張)		
31 診所大小章		
32 負責醫師開業前管理調查情形表		

(註一)原台中市轄區：至都發局網站(<http://www.ud.taichung.gov.tw>)便民服務線上申辦申請。

原台中縣轄區：向各區公所申請。

(註二)民國60年12月24日前建構之房屋如無使用執照，可以「**稅籍證明書**」替代。(至地方稅務局申請)

臺中市中醫醫療機構收費標準表

100.7.5.臺中市政府醫事審議委員會會議通過	104.09.16臺中市政府醫事審議委員會審議修正通過	110.12.29 臺中市政府醫事審議委員會審議修正通過
101.8.28臺中市政府醫事審議委員會審議修正通過	109.06.11臺中市政府醫事審議委員會審議修正通過	113.03.20 臺中市政府醫事審議委員會審議修正通過
103.04.09臺中市政府醫事審議委員會審議修正通過	109.12.11臺中市政府醫事審議委員會審議修正通過	
項目	收費標準（新臺幣）	備註
一、診療費		
門診	一〇〇～五〇〇元	每次
急診	二〇〇～六〇〇元	每次
二、會診費		
院內	二〇〇～五〇〇元	
院外	五〇〇～一〇〇〇元	
出診費	三〇〇～一五〇〇元	交通費、藥材費另計
針灸費	三〇〇～九〇〇元	
三、處方費		
自費	三〇〇～六〇〇元	
四、藥費		
散劑(每日)	五〇～三〇〇元	高貴藥另計
煎劑(每日)	一五〇～五〇〇元	高貴藥另計
五、住院費	比照同級醫院	
六、外傷五官科（含材料費）		
一般外傷五官科	一〇〇～五〇〇元	
脫臼整復手術	二〇〇～一〇〇〇元	
骨折整復與固定	三〇〇～一〇〇〇元	
針灸費	三〇〇～九〇〇元	
痔瘡處置費	二〇〇～八〇〇元	內服藥另計
七、證明書費		
就醫證明	五〇～一〇〇元	
診斷證明書	五〇～二〇〇元	
1.呈報退休用	二〇〇～五〇〇元	
2.傷害殘廢驗單證明用	一〇〇～一〇〇〇元	
3.訴訟用	二五〇〇～五〇〇〇元	
出生證明書	加一份一〇〇元 （二份以內免費）	
死亡證明書	加一份一〇〇元 （三份以內免費）	
病歷摘要證明	二〇〇～六五〇元	
各類保險業查卷費	一〇〇〇元(每次)	

項目	收費標準（新臺幣）	備註
八、醫療費用明細		
收據影本加蓋章或費用證明	〇～一五〇元	本項為行政費用，非屬醫療費用
九、病歷複製本費		
病歷複製本費（含基本費及影印費）（A4）	十張以內二〇〇元，第十一張起每張五元，詳如附註七	依衛生福利部規定單純複製不得另收掛號費
病歷複製光碟片費用	單筆一張二〇〇元以內，多筆檢查之一張收費五〇〇元為上限，超過一張之部分，每張加收費用上限為第一張光碟片費用之百分之二十。	
十、其他		
病情諮詢費	一〇〇～六五〇元	

附註：

- 一、以全民健保身份就診者，悉依全民健保規定辦理，各項收費依全民健保醫療費用支付標準規定向健保局申請外，不得重複收費。非以全民健保身份，或於非全民健保特約機構就診者，得以全民健保支付標準（醫學中心等級）二倍為收費上限。
- 二、本表所列項目，各項費用收取不得超過最高標準。
- 三、本表未列項目，如健保訂有支付標準，則不得超過健保支付標準（醫學中心等級）二倍。
- 四、本表未列，健保給付亦未列入之自費項目，收費原則如下：

(一) 一般自費項目：

以診察費、藥費、材料費大方向處理，不另行訂定自費項目收費標準。

(二) 特殊自費項目：

可參考本市轄內臺中榮民總醫院、中國醫藥大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院等三家醫學中心已核備項目之收費，不得超過已核備之三家醫學中心收費一點二倍。

(三) 其他：

各醫療院所如仍有非常特殊項目收費，應主動函報新增(或調整)自費收費並附佐證資料，請衛生局核准。

五、依衛生福利部規定，醫療院所不得收取看時費、手術指定治療費、指定醫師費、轉床費、磨粉費、住院取消手續費、加長診療費、提前看診費、檢查排程費、預約治療或檢查費、掛號加號費，如有收取者一律視為擅自立名目收費。

六、有關六十五歲以上老人就醫，請各醫療機構自行按老人福利法相關規定給予優待。

臺中市政府衛生局醫事人員執業執照登錄/註銷/及各項變更申請書

107/15110108

10 年

醫事人員 類別	☐ 醫師 ☐ 中醫師 ☐ 牙醫師 ☐ 護理師(士) ☐ 助產士 ☐ 心理師 ☐ 醫事檢驗師(生) ☐ 醫事放射師(士) ☐ 物理治療師(生) ☐ 職能治療師(生) ☐ 呼吸治療師 ☐ 驗光師(生) ☐ 其他_____	照 片 黏貼處 (歇業免貼)									
基本資料	姓 名：_____ 出生年月日：____/____/____ 身分證統一編號：_____ 手機：_____ 執業機構名稱：_____ 執業機構代碼：_____ 執業機構地址：臺中市 _____ 區 _____ 電話：_____ 執業科別：_____ 科 照片浮貼處 *具有多重醫師人員資格者，依「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」第3條第2項規定，得申請於執業執照上加註(具資格且擬申請者請勾選)： <table><tr><td>☐醫師(兼具中醫師執業資格)</td><td>☐醫師(兼具牙醫師執業資格)</td><td>☐醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格)</td></tr><tr><td>☐牙醫師(兼具醫師執業資格)</td><td>☐牙醫師(兼具中醫師執業資格)</td><td>☐牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格)</td></tr><tr><td>☐中醫師(兼具醫師執業資格)</td><td>☐中醫師(兼具牙醫師執業資格)</td><td>☐中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)</td></tr></table>	☐ 醫師(兼具中醫師執業資格)	☐ 醫師(兼具牙醫師執業資格)	☐ 醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格)	☐ 牙醫師(兼具醫師執業資格)	☐ 牙醫師(兼具中醫師執業資格)	☐ 牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格)	☐ 中醫師(兼具醫師執業資格)	☐ 中醫師(兼具牙醫師執業資格)	☐ 中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)	
☐ 醫師(兼具中醫師執業資格)	☐ 醫師(兼具牙醫師執業資格)	☐ 醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格)									
☐ 牙醫師(兼具醫師執業資格)	☐ 牙醫師(兼具中醫師執業資格)	☐ 牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格)									
☐ 中醫師(兼具醫師執業資格)	☐ 中醫師(兼具牙醫師執業資格)	☐ 中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)									
申請事項	一、 ☐ 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起 二、 ☐ 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____ (一) ☐ 單純歇業 (二) ☐ 變更執業場所(註銷原執業執照，重新申請執業登記) 原登記機構_____, 離職日____/____/____ 變更後機構_____, 到職日____/____/____ 三、 ☐ 變更登記 執業科別：原登記_____, 變更後_____ 資格變更：原登記_____, 變更後_____ 其 他：原登記_____, 變更後_____ 四、 ☐ 遺失補發、損毀換發執業執照： ※請檢附：3個月內1吋正面脫帽照片2張、遺失具結書(執照遺失者)、原領執業執照(執照損毀者)、規費300元。 ☐ 有效期限到期，更新執業執照： ※請檢附：原領執業執照、最近3個月內1吋脫帽半身照片2張、繼續教育學分證明、規費300元。										
申請人簽名：_____ 代理人簽名：_____ 申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：_____											
第四層決行 擬辦： ☐ 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 ☐ 經審核符合規定，准予補、換發。 ☐ 經審核與規定不符，檢還原件。											

臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書

診所 基本資料	診所名稱：_____診所，負責醫師：_____ 地址：臺中市_____區_____ 電話：_____傳真：_____	照片 黏貼處 (歇業免貼)
申 請 事 項	一、 ☐開業 負責醫師基本資料： 姓名：_____生日：____/____/____電子郵件：_____ 身分證字號：_____醫師證書字號：_____字第_____號 專科醫師證書字號：_____專醫字第_____號 診療科別：_____ 登記設施： ☐ 診療室：____間； ☐ 觀床病床：____床； ☐ 手術台：____台； ☐ 嬰兒床：____床； ☐ 產科病床：____床； ☐ 血液透析床：____床 醫事人員數： 1. 醫師：____人 2. 中醫師：____人 3. 牙醫師：____人 4. 護理人員：____人 5. 藥事人員：____人 6. 物理治療人員：____人 7. 職能治療人員：____人 8. 語言治療人員：____人 9. 聽力治療人員：____人 10. 醫事檢驗人員：____人 11. 醫事放射人員：____人 12. 呼吸治療人員：____人 13. 牙體技術人員：____人 14. 助產人員：____人 15. 驗光人員：____人 診所使用面積：_____平方公尺 二、 ☐歇業 三、 ☐遷移： (一) 同區遷移，原地址：_____ (二) 跨區遷移，原地址：_____ 四、 ☐其它變更事項： (一) ☐ 機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) ☐ 診療科別變更，原_____變更為_____ (三) ☐ 使用面積變更，原_____變更為_____ (四) ☐ 其它事項變更，原_____變更為_____	
負責醫師簽名：_____申請日期：____/____/____ 公會戳章欄：		

臺中市政府衛生局稽查診所申請開業、遷移現場查核表

年 月 日

申請人	診所名稱		診所
地址	臺中市 區 里 路(街) 段 巷 號 樓		
查核事項		是否符合 (v或x)	備註
一、負責醫師是否在場。			
二、申請地址與實際開業地址是否相符。			
三、所附設備圖是否與事實相符。			
四、申請診所之設施是否與醫療法之醫療機構設置標準符合，其項目如下：			
1.醫療服務設施（清潔、消毒及手部衛生設備）是否符合規定。			
2.所內外環境衛生良好，診療室及候診場所寬敞、通風、光線充足。			
3.獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施：包括適當隔音，診間入口應有門隔開；進行檢查及處置之場所應有布簾隔開。			
4.應有病歷放置場所，並有專人管理。但依醫療機構電子病歷製作及管理辦法實施電子病歷者，得免置專人管理。			
5.依業務內容，備有急救設備及急救藥品等。			
6.適當之消防設備及安全設施。			
五、市招內容是否與醫療法第61、85、86、87條等規定相符合。			
六、是否張貼禁煙標誌。			
七、是否懸掛收費標準表。			
八、醫療設施配置與開業審查表醫療設施欄是否相符。			
九、是否有醫療廢棄物處置設施(無醫療廢棄物則免)。			
十、是否執行美容醫學業務。 ☐ 針劑 ☐ 光電 ☐ 手術			
十一、護理人力：()人 ☐ 診療室：()間[每二間應有1人] ☐ 手術室[與產房、供應室應有1人流用] ☐ 觀察病床：應有1人 ☐ 產科病床：()床[每4床應有1人，可依佔床率調整] ☐ 血液透析床：()床[每4床應有1人]。			
十二、是否設有無障礙設施。 ☐ 無障礙通道 ☐ 無障礙廁所 ☐ 無障礙溝通，輔導可裝設愛心鈴、扶手…等無障礙設施。			
◆建築物是否符合建築法規將由本局副知台中市政府都發局依權責辦理。			
准予開業 (稽查人員簽章)	請改善後再申請 (稽查人員簽章)	負責醫師簽章	

臺中市政府衛生局診所申請開業審查表

年 月 日

申請人		診所名稱	診所
地址	臺中市 區 里 路(街) 段 巷 號 樓		
診所電話		面 積	平方公尺
專科證書 號碼期限	專醫字第 號 科 自 年 月 日至 年 月 日		
醫療設施	☐診療室()間 ☐觀察床()床 ☐血液透析床()床 ☐治療室()間 ☐手術台()台 ☐牙醫治療台()台 ☐嬰兒床()床 ☐產台()台 ☐產科病床 ()床 ☐調劑設施 ☐門診手術室 ☐供應室 ☐物理治療設施 ☐職能治療設施 ☐聽力設施 ☐檢驗設施 ☐放射線設施 ☐語言治療設施 ☐牙體技術設施 ☐驗光設施 ☐牙科放射線設施		
其它設備	☐ 緊急供電設備 ☐ 廢棄物處理設施 ☐ 消防及安全設備		
配置人員	醫師 ()人 護理人員 ()人 藥劑人員 ()人 物理治療人員()人 職能治療人員()人 語言治療人員()人 聽力治療人員()人 醫事放射人員()人 醫事檢驗人員()人 呼吸治療人員()人 助產人員 ()人 驗光人員 ()人 牙體技術人員()人 齒模製造技術員()人		
申請人簽章： 聯絡電話：			

臺中市政府衛生局

稽查診所調劑設施設備及人員配置查核表

年 月 日

申請人		診所名稱	診所
地址	臺中市 區 里 路 段 號 樓		
查 核 事 項		是否符合 (√ 或×)	備 註
一、設調劑設施者，應有藥事人員 1 人以上(註) ☐ 中醫診所得由中醫師調劑			
二、應與公共場所及住家有明顯區隔			
三、應有獨立之調劑室，其地坪面積應有 6 平方公尺以上。_____平方公尺			
四、處方藥應置於調劑室妥善保管			
五、管制藥品應專設櫥櫃加鎖儲藏			
六、應設洗滌、乾燥、滅火及其他安全設備			
七、視需要設置藥品專用冷藏冰箱，且其內應置溫度計			

稽查結果：☐符合設置標準 ☐不符合設置標準 稽查人員：_____

※ 稽查當時稽查事項與事實相符，被稽查診所負責人並無異議，且稽查人員無不法情事。

診所負責人簽章：_____

註：中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形，醫師可以診療為目的自開處方，親自為藥品之調劑。

醫療機構內部平面簡圖

診所名稱		機構地址			
調劑設施 (應有6M ²)		檢驗設施 (應有20M ²)		嬰兒室(每床不得 小於2.8 M ²)	
物理治療設施 (應有45M ²)		職能治療設施 (應有30 M ²)		語言治療設施 (應有15 M ²)	
併設物理+職能治療設施 (應有60M ²)		總營業面積	(M ²)		
※各隔間請標示長、寬。 ※基本空間：應標示出候診區、掛號區、診療室、病歷室(櫃)。					

醫療(事)機構交通位置圖

機 構 名 稱

地 址 臺中市 區 里 路(街) 段 巷 號 樓

臺中市政府衛生局

醫療院所醫事人員名冊

編號	醫事人員 類別	姓名	性別	出生年月	證書字號	身分證字號	備註
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

填表日期： 年 月 日

製表人： _____

臺中市政府衛生局

臺中市政府衛生局依據個人資料保護法第8條規定進行個資蒐集前之告知內容

為了促進個人資料之合理利用並避免人格權受侵害，爰針對本次之個人資料蒐集，依個人資料保護法（以下簡稱個資法）第8條規定告知下列事項：

一、蒐集目的及方式：本局基於進行醫療（事）機構管理等，凡本局業務上目的及行政協助相關機構法定職務之目的需要，將透過您自行在相關申請書上填寫個人資料之方式進行個資之蒐集及處理。

二、蒐集之個人資料類別：

本局蒐集的個人資料包括診所開業登記中的資料，其類別如開業機構登記之名稱、地址、執業執照字號、核准日期、負責醫師等相關資料，且包括但不限於各類別所列舉之子項目：

（一）辨識個人者：如姓名、地址、電話、電子郵件等資訊。

（二）個人描述：如性別、出生年月日。

三、利用期間、地區、對象及方式

（一）期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間或本局因執行職務所必須保存之期間或依相關法令規定之保存期限。

（二）地區：個人資料將用於台灣地區。

（三）利用對象及方式：各單位依法定職務為必要之登錄及記載及處理及您因執業加入之所屬公會，本局將於核准您開業或辦理異動事項時函文副知上開單位。

四、您依個資法第3條得行使的權利：

個資當事人得針對本局保有之個人資料，行使下列權利：

（一）查詢或請求閱覽。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（二）請求製給複製本。但本局依法得酌收必要之成本費用。

（三）請求補充或更正。惟當事人應為適當之釋明。

（四）請求停止蒐集、處理或利用。

（五）請求刪除。

個資當事人可來電洽詢本局個資問題服務專線04-25265394*3220、3230、3240進行申請。

五、您若不提供個人資料所致權益影響：

您得自由選擇是否提供相關個人資料，惟當事人若拒絕提供相關個人資料，本局將無法進行必要之審核及處理程序，致無法進行維護或登錄您之權益。

以上本人已充分瞭解 貴局蒐集、處理、利用本人個人資料之目的及用途，並同意貴局在上述蒐集目的內蒐集、處理、利用本人之個人資料

受告知人（即立同意書人）簽章：

身份證字號：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日

臺中市診所負責醫師開業前管理調查情形表

107.02.08 製

醫療機構名稱：

項 次	自 我 檢 視	複 核
高齡為 70 歲 以上之負責 人	☐ 是 ☐ 否，年齡為_____	☐ 是 ☐ 否
近 5 年有違反 醫療法規紀 錄	☐ 是，____年，違反何項法規： _____ _____ ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
近 2 年內同一 地點更換負 責人 1 次以上	☐ 有，原因為何：_____ _____ _____ ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
申請設立本 診所之資金 來源	☐ 獨資 ☐ 合資 資金來源為：_____ _____	---
簽 章	負責醫師：	複核人員：

中醫診所申請開、歇業、異動攜回相關資料核對表

診所名稱： 中醫診所；負責醫師：

診所地址：臺中市 區

攜回日期： 年 月 日

次 項		攜回臺中市政府衛生局之資料	有	無	備註
開、歇業、異動	1	醫療（事）機構開(歇)業暨各項變更申請書			
	2	☐ 診所申請開業、遷移現場查核表 ☐ 診所申請歇業、遷移現場查核表			
	3	醫療院所醫事人員名冊			
	4	醫師證書影本			
	5	☐ 身分證影本(正反面) ☐ 一寸相片3張(歇業免附)			
	6	個人資料保護法第8條規定進行個資蒐集前之告知內容			
	7	照片(含市招、診療室、候診區、調劑室、病歷室等)			由稽查人員拍照攜回
異歇業	8	☐ 原領開業執照正本 ☐ 執業執照正本 ☐ 開業執照/執業執照遺失切結書			如正本執照遺失，請檢附遺失切結書
開業、異動	9	☐ 診所申請開業審查表			
	10	☐ 診所調劑設施設備及人員配置查核表 ☐ 免附(未設置)			
	11	☐ 醫療(事)機構交通位置圖			
	12	☐ 醫療(事)機構內部平面簡圖			
	13	☐ 土地使用分區證明 ☐ 免附(其它文件已標示)			
	14	☐ 建物測量成果圖			
	15	☐ 建物使用執照影本			
	16	☐ 建物所有權狀影本			
	17	☐ 租賃契約書 ☐ 無償使用同意書 ☐ 轉租同意書 ☐ 免附(建物為負責醫師所有)			
	18	☐ 健保基本資料表(含用印申請書) ☐ 免附			
	19	☐ 醫療廢棄物清除處理合約書影本 ☐ 無醫療廢棄物之切結書			
	20	負責醫師開業前管理調查情形表			
	21	其他：			

本表查填事項均與事實相符，並無異議； 本機構(人)接受檢查時，並無財務減少或其他損害情事。 負責醫師簽章：	稽 查 員	
---	-------------	--

附註：1.請確實核對攜回相關資料再行簽章。

2.攜回資料欄內之☐：請勾選有無該項目。勾有：表示攜回該資料；勾無：表示該資料並未由稽查員攜回