

醫事人員 類 別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護理師(士) <input type="checkbox"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師(生) <input type="checkbox"/> 醫事放射師(士) <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 驗光師(生) <input type="checkbox"/> 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	
申請事項	<p>*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)：</p> <p><input type="checkbox"/>醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/>醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/>醫師(兼具中醫師、牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/>牙醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/>牙醫師(兼具中醫師執業資格) <input type="checkbox"/>牙醫師(兼具醫師、中醫師執業資格) <input type="checkbox"/>中醫師(兼具醫師執業資格) <input type="checkbox"/>中醫師(兼具牙醫師執業資格) <input type="checkbox"/>中醫師(兼具醫師、牙醫師執業資格)</p> <p>一、<input type="checkbox"/> 執(從)業登記 執(從)業日期：自____/____/____起</p> <p>二、<input type="checkbox"/> 歇業(註銷) 離職日期：____/____/____</p> <p>(一) <input type="checkbox"/> 單純歇業</p> <p>(二) <input type="checkbox"/> 變更執業場所(註銷原執業執照，重新申請執業登記)</p> <p> 原登記機構_____，離職日____/____/____</p> <p> 變更後機構_____，到職日____/____/____</p> <p>三、<input type="checkbox"/> 變更登記</p> <p>執業科別：原登記_____，變更後_____</p> <p>資格變更：原登記_____，變更後_____</p> <p>其 他：原登記_____，變更後_____</p> <p>四、<input type="checkbox"/> 遺失補發、損毀換發執業執照：</p> <p> ※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 有效期限到期，更新執業執照：</p> <p> ※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。</p>	
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： <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予執業、歇業、變更、執照更新。 <input type="checkbox"/> 經審核符合規定，准予補、換發。 <input type="checkbox"/> 經審核與規定不符，檢還原件。		

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：

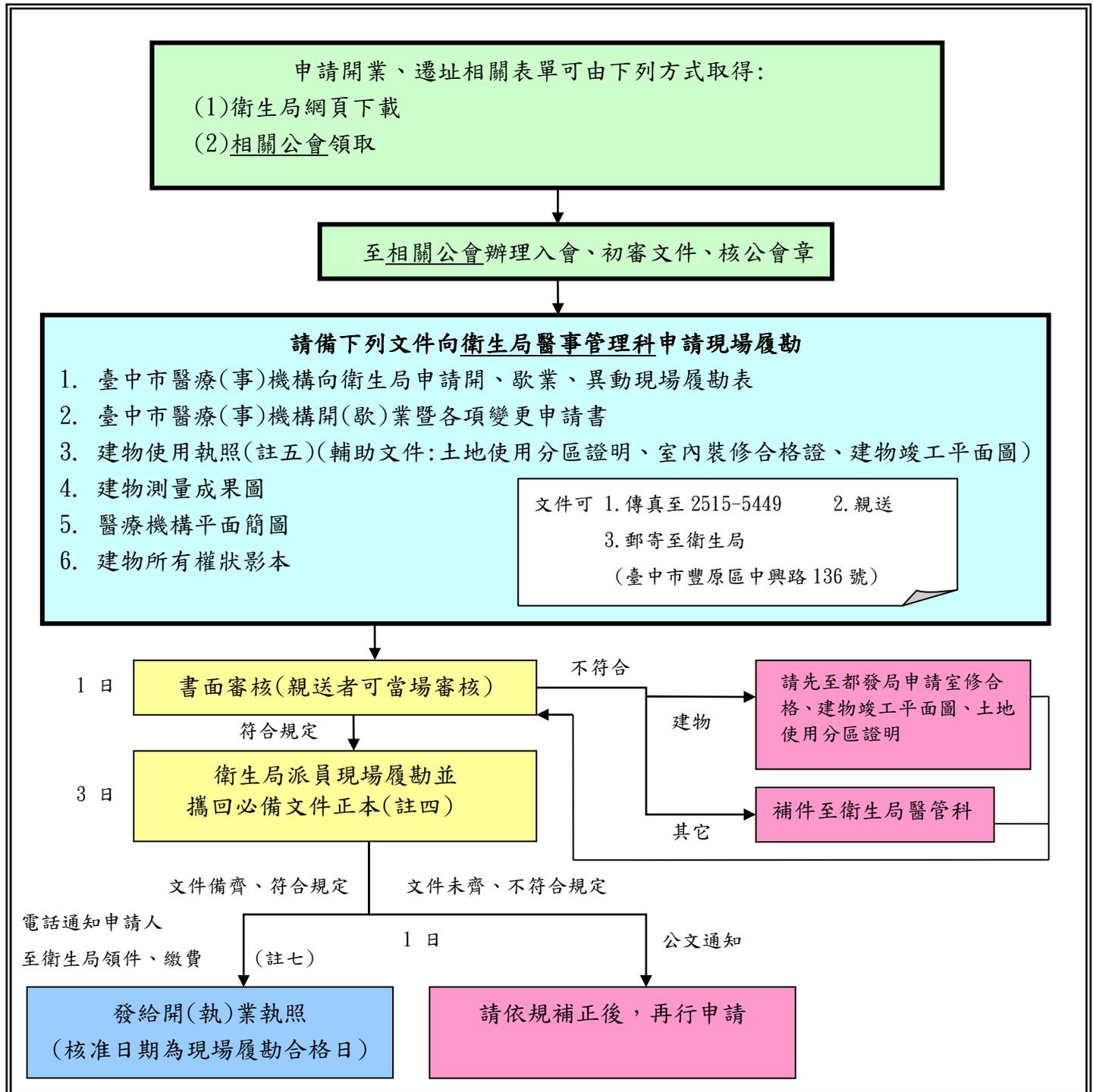
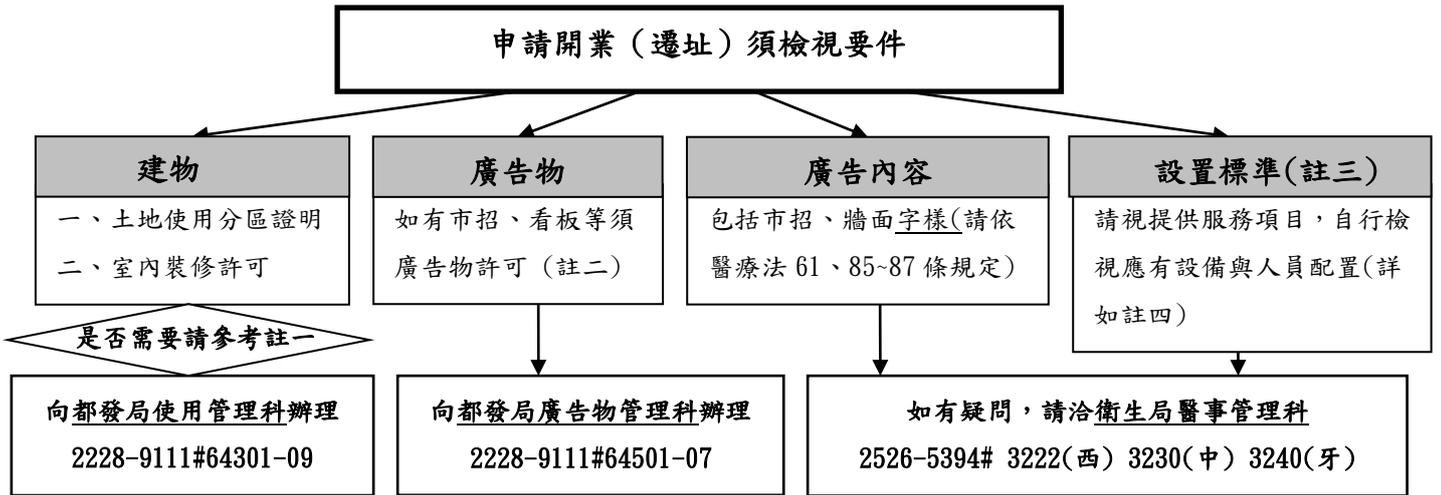
	表單項目	檢核✓	說明
1	臺中市醫療(事)機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表		基本表單
2	臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書		
3	臺中市醫療(事)機構申請開業審查表		
4	臺中市政府衛生局稽查診所申請開業、遷移現場查核表		
5	臺中市醫療院所醫事人員名冊		
6	個人資料收集同意書		
7	臺中市政府衛生局稽查診所門診手術室設備及人員配置查核表		依需求選擇
8	臺中市政府衛生局稽查診所調劑設施設備及人員配置查核表		
9	臺中市政府衛生局稽查診所產房設備及人員配置查核表		
10	臺中市政府衛生局稽查診所嬰兒室設備及人員配置查核表		
11	臺中市政府衛生局稽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	<input type="checkbox"/> 健保基本資料表 <input type="checkbox"/> 蓋關防申請書		健保特約
17	土地使用分區證明(註一)		
18	建物測量成果圖影本		地政事務所申請
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	<input type="checkbox"/> 租賃契約書影本 <input type="checkbox"/> 無償使用同意書 <input type="checkbox"/> 免附(負責人為所有權人) <input type="checkbox"/> 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)

臺中市醫療(事)機構申請開業(遷址)之流程



衛生福利部中央健康保險署中區業務組
醫事服務機構特約流程圖

※若貴機構欲追溯至開業執照核發日起特約，請務必於開業執照上所載之開業日期起 15 個工作日內，備妥文件完成申請。

本署網站 www.nhi.gov.tw

下載特約申請書，檢視申請特約需準備文件
路徑：本署網站/健保表單下載/各區業務組表單/中區業務組專屬表單



衛生主管機關（各縣市衛生局或食品藥物安全處）

1. 申請醫事機構開業執照、醫事人員執業執照、醫事機構卡及醫事人員卡。
2. 請衛生主管機關於「全民健康保險特約醫事機構基本資料表」核章。

國稅局

申請單位所得稅統一編號

指定金融機構

開立戶名為「機構名稱+負責人姓名」

中華電信公司

申請健保資訊網(VPN)及即時查詢方案

健保署中區業務組—網路申請成立健保投保單位

本署網站/網路櫃台/承保網路櫃台/投保單位/網路成立勞健保投保單位
聯絡窗口：承保一科 04-22583988 轉分機 6243~6246



健保署中區業務組—醫事服務機構特約作業

1. 檢送申請特約文件
2. 本署完成審核後，通知預約簽約時間
預約路徑：首頁/健保服務/健保醫療服務/特約申請與變更/新特約院所預約簽約系統。
3. 負責人準備身分證及大小印鑑到署簽訂合約書及輔導配合辦理事項。
4. 本署函文通知核定結果。
聯絡窗口：醫務管理科 04-22583988 轉新特約承辦人



健保署中區業務組地址：407666 臺中市西屯區市政北一路 66 號

製表日：1120526

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	<p>一、 <input type="checkbox"/>開業</p> <p>負責醫師基本資料：</p> 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： <input type="checkbox"/> 診療室：____間； <input type="checkbox"/> 觀床病床：____床； <input type="checkbox"/> 手術台：____台； <input type="checkbox"/> 嬰兒床：____床； <input type="checkbox"/> 產科病床：____床； <input type="checkbox"/> 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	
	<p>二、 <input type="checkbox"/>歇業</p> <p>三、 <input type="checkbox"/>遷移：</p> (一) 同區遷移，原地址：_____ (二) 跨區遷移，原地址：_____	
	<p>四、 <input type="checkbox"/>其它變更事項：</p> (一) <input type="checkbox"/> 機構名稱變更，原_____變更為_____ (二) <input type="checkbox"/> 診療科別變更，原_____變更為_____ (三) <input type="checkbox"/> 使用面積變更，原_____變更為_____ (四) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 針劑 <input type="checkbox"/> 光電 <input type="checkbox"/> 手術				
十一、護理人力：()人 <input type="checkbox"/> 診療室：()間[每二間應有1人] <input type="checkbox"/> 手術室[與產房、供應室應有1人流用] <input type="checkbox"/> 觀察病床：應有1人 <input type="checkbox"/> 產科病床：()床[每4床應有1人，可依佔床率調整] <input type="checkbox"/> 血液透析床：()床[每4床應有1人]。				
十二、是否設有無障礙設施。 <input type="checkbox"/> 無障礙通道 <input type="checkbox"/> 無障礙廁所 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診療室()間 <input type="checkbox"/> 觀察床()床 <input type="checkbox"/> 血液透析床()床 <input type="checkbox"/> 治療室()間 <input type="checkbox"/> 手術台()台 <input type="checkbox"/> 牙醫治療台()台 <input type="checkbox"/> 嬰兒床()床 <input type="checkbox"/> 產台()台 <input type="checkbox"/> 產科病床 ()床 <input type="checkbox"/> 調劑設施 <input type="checkbox"/> 門診手術室 <input type="checkbox"/> 供應室 <input type="checkbox"/> 物理治療設施 <input type="checkbox"/> 職能治療設施 <input type="checkbox"/> 聽力設施 <input type="checkbox"/> 檢驗設施 <input type="checkbox"/> 放射線設施 <input type="checkbox"/> 語言治療設施 <input type="checkbox"/> 牙體技術設施 <input type="checkbox"/> 驗光設施 <input type="checkbox"/> 牙科放射線設施		
其它設備	<input type="checkbox"/> 緊急供電設備 <input type="checkbox"/> 廢棄物處理設施 <input type="checkbox"/> 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 X)	備 註
一、設調劑設施者，應有藥事人員 1 人以上(註) <input type="checkbox"/> 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、地址開、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

申請書

本診所為申請全民健康保險特約診所，敬請 鈞局於附件「全民健康保險特約診所基本資料表」上所填資料查證並核章，請惠予辦理。

此致

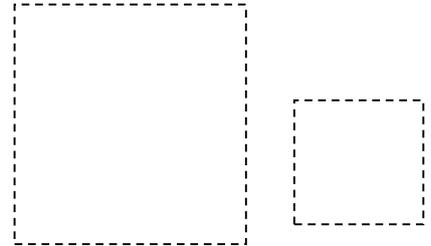
臺中市政府衛生局

申請人：

診所名稱：

地址：

電話：

Two dashed rectangular boxes are provided for the applicant to fill in their address and phone number. The first box is larger and positioned to the left of the second, smaller box.

中華民國

年

月

日

第 層決行

擬辦：

- 一、本案機構申請資料與本局登錄資料符合，請准予核章。
- 二、文陳閱後存查。

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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，年齡為_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
近 5 年有違反醫療法規紀錄	<input type="checkbox"/> 是，____年，違反何項法規： _____ _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
近 2 年內同一地點更換負責人 1 次以上	<input type="checkbox"/> 有，原因為何：_____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
申請設立本診所之資金來源	<input type="checkbox"/> 獨資 <input type="checkbox"/> 合資 資金來源為：_____ _____	---
簽 章	負責醫師：	複核人員：

全民健康保險特約診所基本資料表

診所名稱											代號										
開業執照地址	郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										縣市 市鎮鄉區 村里 街路 段 巷 弄 號										
負責醫師						出生年月		年 月 日		最近開業日期			年 月 日								
身分證號											最近開業執照號碼										
診療科	01 <input type="checkbox"/> 家庭醫學科 05 <input type="checkbox"/> 婦產科 09 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 13 <input type="checkbox"/> 精神科 82 <input type="checkbox"/> 放射線科 40 <input type="checkbox"/> 牙科 02 <input type="checkbox"/> 內科 06 <input type="checkbox"/> 骨科 10 <input type="checkbox"/> 眼科 14 <input type="checkbox"/> 復健科 83 <input type="checkbox"/> 病理科 60 <input checked="" type="checkbox"/> 中醫 03 <input type="checkbox"/> 外科 07 <input type="checkbox"/> 神經外科 11 <input type="checkbox"/> 皮膚科 15 <input type="checkbox"/> 整形外科 84 <input type="checkbox"/> 核子醫學科 04 <input type="checkbox"/> 小兒科 08 <input type="checkbox"/> 泌尿科 12 <input type="checkbox"/> 神經科 81 <input type="checkbox"/> 麻醉科 00 <input type="checkbox"/> 一般診療																				
醫事人員數	A 醫師			E 藥劑生			J 醫事檢驗師			S 醫用放射線技術師(士)			Z 營養師								
	B 中醫師			F 護理師			K 醫事檢驗生			U 物理治療生											
	C 牙醫師			G 護士			Q 物理治療師			V 職能治療生											
	D 藥師			H 助產士			R 職能治療師			W 語言治療人員											
診療設備	門診手術室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										15 血液透析床 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	產房 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										16 嬰兒床 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	14 觀察床 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										委託代檢之合約 <input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗機構 <input type="checkbox"/> 無										
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書字號	專科證書有效起始日													
一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。 二、該 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 負責醫師 <input type="checkbox"/> 未涉有 <input type="checkbox"/> 涉 有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已 <input type="checkbox"/> 未結案。 三、該院所違規事實概要：																					
<h2 style="margin: 0;">縣市（政府）衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)</h2> <p style="margin: 0; font-size: 1.2em;">中 華 民 國 年 月 日</p>																					
其他醫療設備	01 <input type="checkbox"/> 核磁共振斷層掃描儀					臺	11 <input type="checkbox"/> 正子斷層掃描造影設備					臺	60 <input type="checkbox"/> 心導管設備					臺			
	02 <input type="checkbox"/> 電腦斷層攝影掃描儀					臺	51 <input type="checkbox"/> 血液透析機					臺	61 <input type="checkbox"/> 染料鐳射碎石					臺			
	03 <input type="checkbox"/> 放射性同位數治療設備					臺	52 <input type="checkbox"/> 高壓氧					臺	62 <input type="checkbox"/> 尿流動力學檢查機					臺			
	04 <input type="checkbox"/> 放射性同位數診斷設備					臺	53 <input type="checkbox"/> 骨質密度測量儀					臺	<input type="checkbox"/> 血管造影設備					臺			
	05 <input type="checkbox"/> 高能遠距放射治療設備					臺	54 <input type="checkbox"/> 二氧化碳鐳射設備					臺	<input type="checkbox"/> 內視鏡					臺			
	06 <input type="checkbox"/> 高震波碎石裝置					臺	55 <input type="checkbox"/> 自動生化分析儀					臺	<input type="checkbox"/> 黑白超音波					臺			
	07 <input type="checkbox"/> 準分子雷射血管成型術系統					臺	56 <input type="checkbox"/> 血管攝影X光機					臺	<input type="checkbox"/> 眼科雷射機					臺			
	08 <input type="checkbox"/> 帕碼司卡特球狀冠狀					臺	57 <input type="checkbox"/> 乳房X光攝影					臺	<input type="checkbox"/> 心電圖儀					臺			
	09 <input type="checkbox"/> 準分子雷射屈光性角膜切除術設備					臺	58 <input type="checkbox"/> 冷凍治療機					臺	<input type="checkbox"/> 牙科型X光機					臺			
	10 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈旋轉研磨鑽					臺	59 <input type="checkbox"/> 彩色超音波					臺	<input type="checkbox"/> 高能粒子治療設備					臺			
醫事其他基本資料	性質	單位所得稅統一編號																			
		電話號碼																			
		傳真號碼																			
		1 <input type="checkbox"/> 公立 2 <input type="checkbox"/> 財團法人 3 <input type="checkbox"/> 私立(合夥) 4 <input type="checkbox"/> 私立(獨資)										本局查驗由衛生局蓋章									

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	<input type="checkbox"/> 診所申請開業、遷移現場查核表 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身分證影本(正反面) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 原領開業執照正本 <input type="checkbox"/> 執業執照正本 <input type="checkbox"/> 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
	9	<input type="checkbox"/> 診所申請開業審查表		
開業、異動	10	<input type="checkbox"/> 診所調劑設施設備及人員配置查核表 <input type="checkbox"/> 免附(未設置)		
	11	<input type="checkbox"/> 醫療(事)機構交通位置圖		
	12	<input type="checkbox"/> 醫療(事)機構內部平面簡圖		
	13	<input type="checkbox"/> 土地使用分區證明 <input type="checkbox"/> 免附(其它文件已標示)		
	14	<input type="checkbox"/> 建物測量成果圖		
	15	<input type="checkbox"/> 建物使用執照影本		
	16	<input type="checkbox"/> 建物所有權狀影本		
	17	<input type="checkbox"/> 租賃契約書 <input type="checkbox"/> 無償使用同意書 <input type="checkbox"/> 轉租同意書 <input type="checkbox"/> 免附(建物為負責醫師所有)		
	18	<input type="checkbox"/> 健保基本資料表(含用印申請書) <input type="checkbox"/> 免附		
	19	<input type="checkbox"/> 醫療廢棄物清除處理合約書影本 <input type="checkbox"/> 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

「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

◎注意：審查認證是以院所為單位，非醫師個人

101 年重新辦理審查認證，健保特約中醫院所均需重新申請且院所內之專任中醫師自 100 年 6 月起需重新上課取得申請資格。

審查認證是以院所的名稱跟醫療機構代碼，如有更換負責醫師院所代碼變動，需重新申請。(需付(4)的費用)

101 年未做重新認證之院所，請檢附以下(1)(2)(3)(4)寄回全聯會，或傳真即可。

申請針灸感控需檢附資料

(1) 申請書

(2) 查檢表

(3) 請註明上課時間

(4) 劃撥收據影本(感控：200 針灸：200 元，兩項共 400 元)

◎ 戶名：中華民國中醫師公會全國聯合會

◎ 帳號：19267209

以上 4 件郵寄或傳真致全聯會。

地址：22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2(審查認證組)

或傳真 02-2959-2499 如有疑問請電 02-29594939 轉 23 蕭小姐

中醫醫療院所加強感染控制實施方案申請書

申請日期： 年 月 日

基	院所名稱		院所代碼			
	負責醫師姓名		身分證字號			
本 資 料	院所醫師數					
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	上課日期		
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註	
	感控專案課程達 6 學時		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	加強感染控制查檢表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
保 險 醫 事 服 務 機 構	機 構 章 戳	中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄		1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： _____ 日期章戳： _____		（本欄由審查單位填寫）

中醫醫療院所感染管控制查檢表

醫療院所名稱：_____ 醫事服務機構代碼：_____

醫療院所地址：_____

電子郵件帳號：_____

電話：_____ 傳真：_____

分類	項 目	符合	未符合	待改善	評分	
壹、 人員 規範	1. 醫事人員具有修習六學時以上感染管控制相關學分認證。				20	
	2. 醫療院所內應備有針扎處理流程，並有針扎處理記錄。				5*	
	3. 罹患法定傳染性疾病之員工，依傳染病防治法規定予以休假。				5	
貳、 標準 防護 措施	一 手 部 衛 生	4. 訂有洗手標準作業程序之衛教單或海報。				4
		5. 具備充足且適當之洗手設備。				2
		6. 備有酒精性乾洗手液或肥皂或抗菌皂。				2
		7. 指甲衛生，指甲尖端長度不超過 0.5 公分，並且無應穿戴人工指甲或其他指甲裝飾物。				2
	二 個 人 防 護 裝 備	8. 訂有防護裝備使用規範。				4
		9. 醫療用拋棄型手套。				2
		10. 備有工作服—(足夠數量工作服)。				2
		11. 備有外科級以上口罩—供醫護及病人使用。(每位醫師 100 片以上)				2
		12. 備有護目鏡、臉部防護具。	加分項目			2
		13. 備有隔離衣。	加分項目			2
	三 呼 吸 道 及 咳 嗽 衛 生	14. 張貼上咳嗽衛教海報(內容應包括): A. 當咳嗽或打噴嚏時—用衛生紙遮掩他們的口/鼻。 B. 使用完畢後將衛生紙丟進垃圾桶。 C. 並在接觸到呼吸道分泌物後執行手部衛生。				6
		15. 備有供口罩—供給咳嗽病人和其伴隨的人。				4
		16. 咳嗽病人與一般候診區(隔離)	加分項目			2
	17. 提供免觸碰開啟的垃圾桶(腳踏式)。	加分項目			2	
	18. 員工呼吸道衛生的衛教的紀錄	加分項目			2	
參、 環境 照 護 設 施 衛	一 照 護 環 境	19. 建立環境清潔消毒紀錄表(含以下三項目): A. 診前及診後清潔環境。 B. 所有檯面、桌面、床面、門把(0.05%漂白水)。 C. 廁所內及周邊設施。				6
		20. 空調設備,並定期清洗或更換過濾元件或系統。				2
		21. 備有清潔用品、消毒清潔用品及拭手紙。				2
		22. 備有消毒劑之認證註冊,與對病原體具殺菌效果,說明和使用說明。	加分項目			2
		23. 提供孩童玩具,定期清洗和消毒玩具的紀錄表:	加分項目			2

材 器 械 衛 材 設 施	24. 儀器及器械消毒保養紀錄:(如紅外線、或刮痧板、拔罐杯及其他與身體接觸之器械)				4
	25. 飲水設施檢查紀錄表: (包含:定期保養檢查、更換濾心、檢驗微生物)				3
	26. 調劑設施清潔作業表 (包含:分包機、稱藥容器、湯匙、刮杓等)				3
	27. 提供患者被服、床單送洗規範與紀錄表。	加分項目			2
肆、 醫療 廢棄 物處 理：	28. 具有垃圾分類標示:(分感染及非感染性廢性物)				2
	29. 具備標有感染性廢棄物標誌紅色專用塑膠袋。				2
	30. 具備用於污染的針具集中放置,投入標有感染性廢棄物標誌之黃色不穿透容器內。				2*
	31. 感染性廢棄物委託或交付環保署認定之感染廢棄物公司之合約書。 委託之廢棄物廠商/公司：_____				4
伍、 醫護 人員 安全	32. 員工感染管制教育訓練紀錄(含暴露病人血液、體液及尖物扎傷預防追蹤及標準作業程序)。				5*
	33. 備有員工有發燒或體溫異常,可能罹患傳染病之紀錄本。				3
	34. 備有疑似法定傳染症病患紀錄本(應注意其境外移入史、接觸史、傳染症病史,並依規定向衛生主管機關通報及轉診)。				2
	35. 訂有員工保健計畫表(提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施)	加分項目			2

陸、評分(本欄由 審查單位填寫)	總 分	優點:	
	是 否 合 格	<input type="checkbox"/> 合格	<input type="checkbox"/> 未合格
備註：1、總分 80 分以上(不含)及格 2、總分 70—80 分得於一個月後申請複核 3、總分 70 分以下得於二個月後申請複核 4、受檢合格之院所:由本會頒發合格認證證書 5、未執行針灸之院所(*部分合計 12 分)不計分,最後總分以合計分數後再乘以 118/106 計。 6、符合全給分、未符合不給分、待改善依比例給分。(總分為 118、含加分題 18 分,超過 100 分以 100 分計)			

中醫針灸標準作業程序醫療品質提升計畫 實施方案申請書

申請日期： 年 月 日

基	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		身分證字號		
本 資 料	院所醫師數				
	醫師姓名	身分證字號	中醫師字號	上課日期	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果	備 註	
	針灸 SOP 專案課程需達 6 學時		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表乙份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機 構 章 戳	中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： _____ 日期章戳： _____		
			(本欄由審查單位填寫)		

中醫針灸標準作業程序查檢表

醫療院所名稱：_____ 醫療院所代碼：_____

地址：_____

電話：_____ 傳真：_____

e-mail：_____

項目	分類	查檢內容	符合	未符合	待改善	配分
壹、人員規範		1. 執行針灸醫療業務之醫師具有針灸標準作業程序學分認證				20
貳、掛號		2. 依相關規定載明病人基本資料，完成掛號及製作實體病歷。 <u>(實施電子病歷之院所，符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法第 2 條規定者得免另以書面方式製作)</u>				5
參、診察		3. 遵循中醫辨證理論進行診察。				5
肆、適應症分類		4. 依照國際疾病分類代碼(ICD-10-CM)申報醫療費用。				5
伍、注意事項		5. 熟悉針灸注意事項及針灸穴位注意事項。				5
陸、處方配穴		6. 遵循君臣佐使循理法方穴技之思路處方配穴。				5
柒、針灸護理	衛教：	7. 針灸前先向病人說明針灸流程、注意事項及心理準備事項。				5
	病人準備：	8. 術前先與病患溝通針灸時應注意事項。 依照針刺部位取適當體位、姿勢。				5
	材料準備：	9. 使用衛生福利部許可證號針具。 檢查針身有無斑鏽、針身是否彎曲針柄是否鬆散、針尖有無捲毛現象。				5
	消毒：	10. 遵照中醫醫療院所加強感染控制洗手之規範。 用棉花沾 75%之酒精對病人施針之局部消毒。 使用拋棄式毫針。注意針的無菌保存期限。 遵循無菌技術操作。				10
捌、臨床針灸治療		11. 遵循進針、行針、出針之規範。				5
玖、特殊狀況處理		12. 熟悉針灸特殊狀況處理之規範。				5
拾、廢棄物處理		13. 應進行垃圾分類，應分感染性廢棄物及非感染性廢棄物分開收集。				5
		14. 沾有病人血液、體液的棉花、衛生紙、手套等，應丟置於感染性事業廢棄物物標誌之紅色專用膠袋中。				5
		15. 用過污染的針集中放置，投入標有感染事業廢棄物黃色標誌之不易穿透容器內。				5
		16. 感染性廢棄物應委託或交付環保署認定之感染廢棄物公司清運並代為處理。				5
拾壹、評分(本欄由審查單位填寫)	總分					
	是否合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 未合格				
備註：1、總分 80 分以上(不含)及格 2、總分 70—80 分得於一個月後申請複核 3、總分 70 分以下得於二個月後申請複核						

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
申請書

申請日期： 年 月 日

基 料	院所名稱		院所代碼		
	負責醫師姓名		院所醫師數		名
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	上課日期	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	學分證明書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機 構 章 戳	中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 審核委員：日期章戳：		(本欄由審查單位填寫)

註：請將本表併同本要點之附表二郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2)審查。

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點 查檢表

醫療院所名稱：_____

醫療院所代碼：_____

地址：_____

電話：_____

填表日期：_____

項目	分類	查檢內容	符合	配分
壹、人員規範*		執行中藥用藥安全管理之院所，中醫師(藥師)應具有中藥用藥安全訓練及醫療品質提升學分(時)認證		20
貳、使用及調劑*		中醫師或藥師調劑		10
參、藥品	1.購入	合格藥廠、藥商名冊		5
	2.輸出	應依中醫師開具處方箋交付藥品		5
	3.銷燬	過期、變質藥品應定期銷燬		5
	4.儲存	1.應依藥品特性個別保存放於通風、密封、冷凍、冷藏		5
		2.設有專人管理		5
3.倉儲藥品應個別列有數量、保存期限			5	
肆、毒劇藥品*	1.調劑	中醫師或藥師調劑		10
	2.處方	看到毒劇藥品處方應向開立醫師確認品項、數量		10
	3.購入輸出	每筆登記：使用人員、患者、日期、劑量、剩餘量		5
	4.管理	設有專人管理		5
	5.儲存	1.應有明顯標示、警語並上鎖保存		5
		2.藥品應於業務處所設置簿冊，詳實登載毒劇藥品定期之收支、銷燬、減損及結存情形		5
伍、評分(本欄由中醫全聯會填寫)	總分			
	是否合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 未合格		
考評標準：1、總分 81 分以上(含)及格 2、總分 70 至 80 分得於一個月後申請複查 3、總分 69 分以下得於二個月後申請複查 4、*為必要合格項目				

註：請將本表併同本要點之附表一郵寄至中華民國中醫師公會全國聯合會(22069 新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2)審查。