

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：

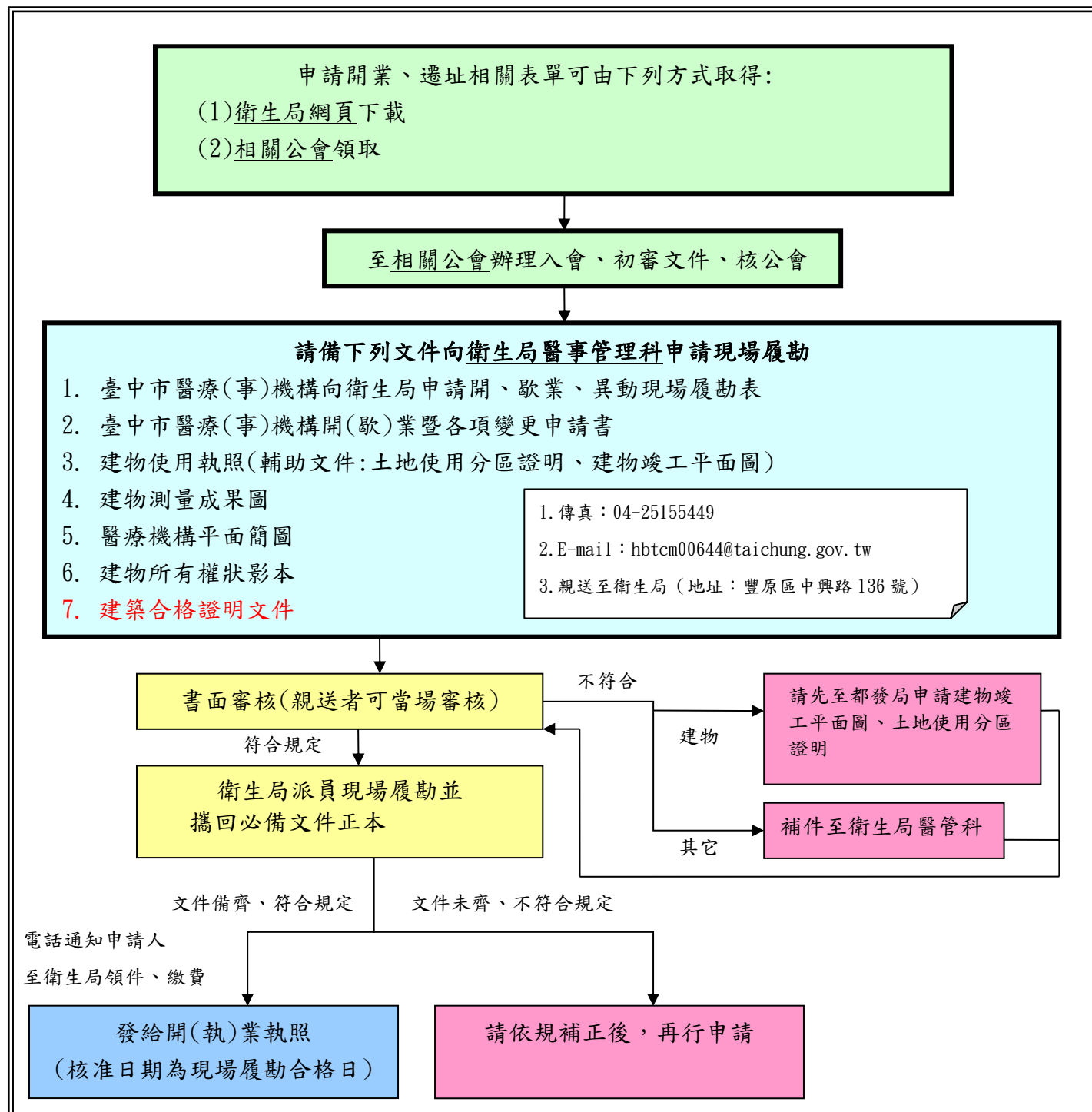
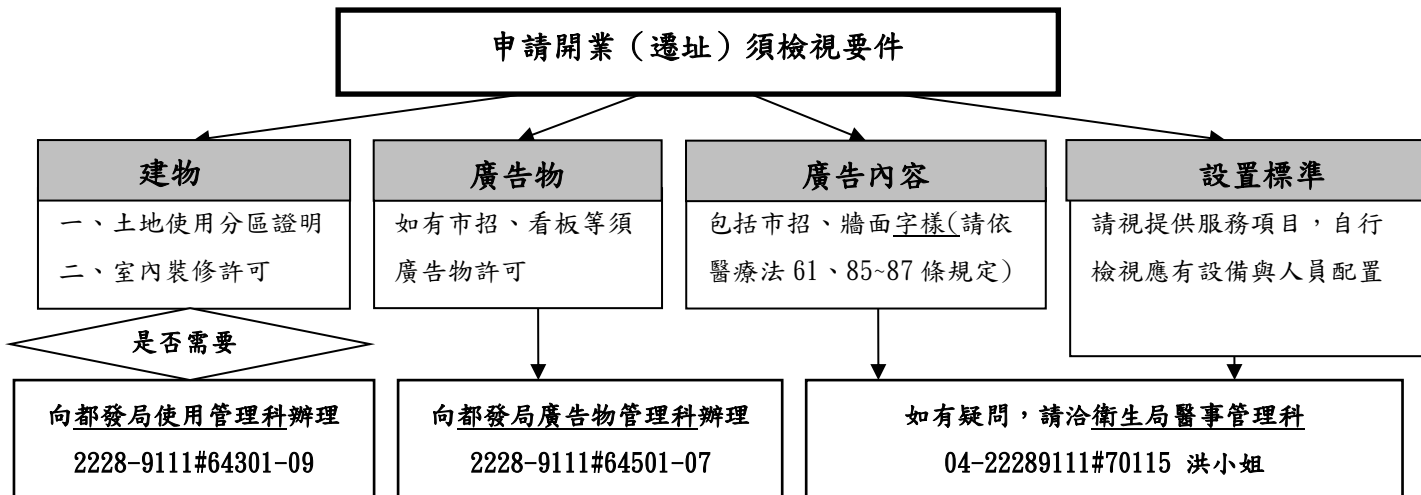
表單項目	檢核✓	說明
1 臺中市醫療(事)機構向衛生局申請開、歇業、異動現場履勘表		基本表單
2 臺中市醫療(事)機構開(歇)業暨各項變更申請書		
3 臺中市醫療(事)機構申請開業審查表		
4 臺中市政府衛生局稽查診所申請開業、遷移現場查核表		
5 臺中市醫療院所醫事人員名冊		
6 個人資料收集同意書		
7 臺中市政府衛生局稽查診所門診手術室設備及人員配置查核表		依需求選擇
8 臺中市政府衛生局稽查診所調劑設施設備及人員配置查核表		
9 臺中市政府衛生局稽查診所產房設備及人員配置查核表		
10 臺中市政府衛生局稽查診所嬰兒室設備及人員配置查核表		
11 臺中市政府衛生局稽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)		
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 ☐ 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)

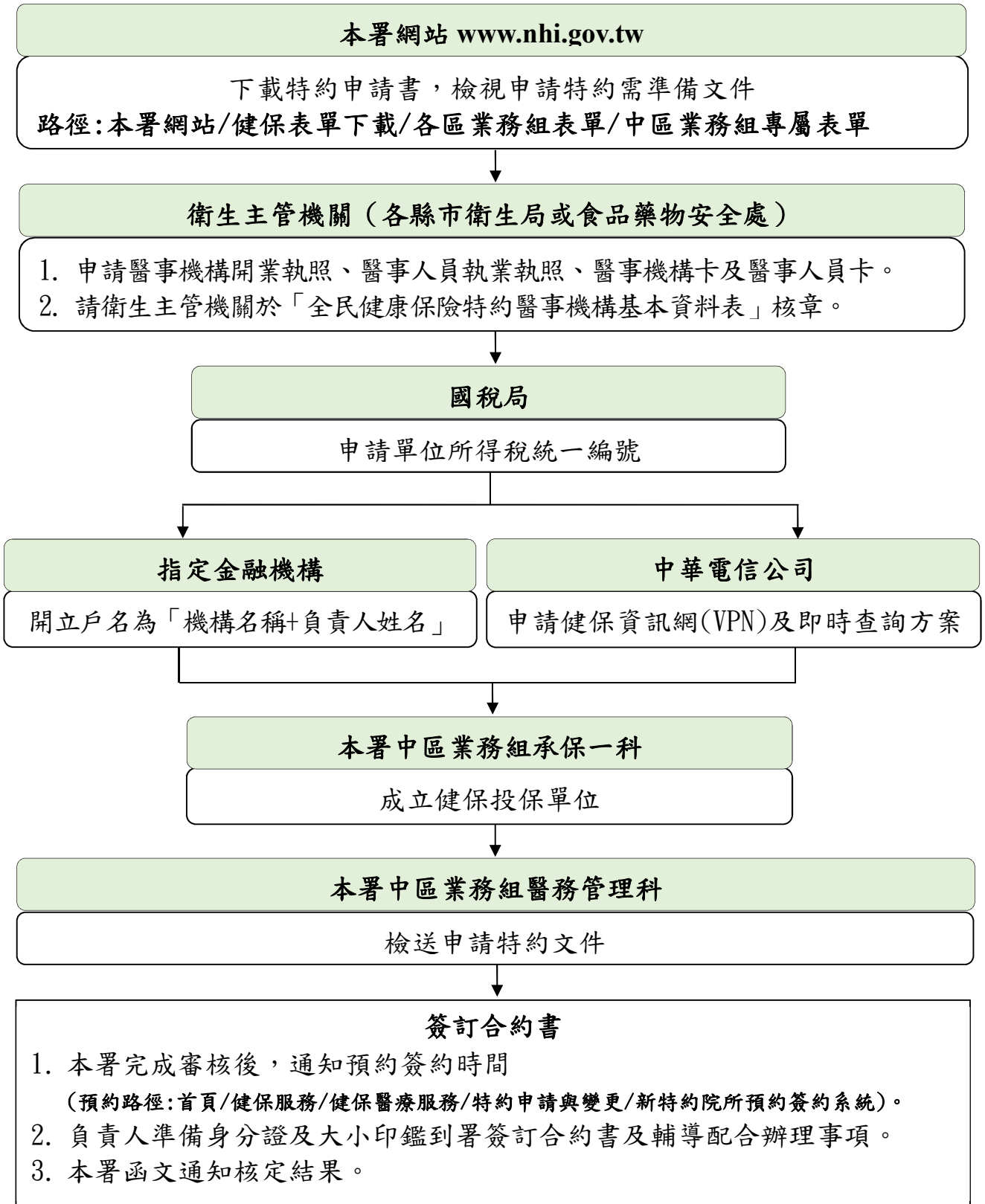
臺中市醫療(事)機構申請開業(遷址)之流程



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。



※健保署中區業務組 醫務管理科 04-22583988 轉新特約承辦人

地址：407666 臺中市西屯區市政北一路 66 號

製表日:1111007

臺中市中醫醫療機構收費標準表

100.7.5.臺中市府醫事審議委員會會議通過
101.8.28臺中市府醫事審議委員會審議修正通過
103.04.09臺中市府醫事審議委員會審議修正通過

104.09.16臺中市府醫事審議委員會審議修正通過
109.06.11臺中市府醫事審議委員會審議修正通過
109.12.11臺中市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)	

110.12.29 臺中市府醫事審議委員會審議修正通過
113.03.20 臺中市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
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	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

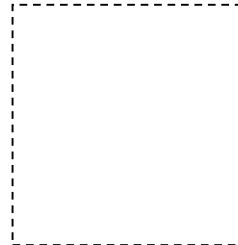
臺中市政府衛生局

申請人：

診所名稱：

地址：

電話：



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	☐ 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：

全民健康保險特約診所基本資料表

診 名	所 稱											代號												
開 業 執 照 地 址	縣 市 鄉 鎮 區 村 里 街 路 段 巷 弄 號 郵遞區號 □□□																							
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 別	01□家庭醫學科 06□骨科 11□皮膚科 81□麻醉科 40□牙科 02□內科 07□神經外科 12□神經科 82□放射線科 60□中醫 03□外科 08□泌尿科 13□精神科 83□病理科 04□小兒科 09□耳鼻喉 14□復健科 84□核子醫學科 05□婦產科 10□眼科 15□整形外科 00□一般診療																							
醫 事 人 員 數	A 醫師						F 護理師						Q 物理治療師						W 語言治療人員					
	B 中醫師						G 護士						R 職能治療師						Z 營養師					
	C 牙醫師						H 助產士						S 醫用放射線技術師(士)											
	D 藥師						J 醫事檢驗師						U 物理治療生											
	E 藥劑生						K 醫事檢驗生						V 職能治療生											
診 所 設 施	門診手術室	☐ 有_____間 ☐ 無										洗腎治療床	☐ 有_____床 ☐ 無											
	產 房	☐ 有_____間 ☐ 無										嬰 兒 床	☐ 有_____床 ☐ 無											
	觀 察 床	☐ 有_____床 ☐ 無										產 科 病 床	☐ 有_____床 ☐ 無											
委託代檢之合約 ☐ 醫療機構 ☐ 醫事檢驗機構 ☐ 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、本機構 ☐未涉有醫療管理相關法規違規情事，目前☐已結案。 二、本診所違規事實概要：																								
中 華 民 國 年 月 日																								
其 他 醫 療 設 備	01□血液透析機 _____臺 07□高壓氧 _____臺 13□冷凍治療機 _____臺 02□血管造影設備 _____臺 08□骨質密度測量儀 _____臺 14□彩色超音波 _____臺 03□眼科鐳射機 _____臺 09□二氧化碳鐳射設備 _____臺 15□心導管設備 _____臺 04□超音波 _____臺 10□自動生化分析儀 _____臺 16□染料鐳射碎石 _____臺 05□內視鏡 _____臺 11□血管攝影X光機 _____臺 17□尿流動力學檢查機 _____臺 06□牙科型X光機 _____臺 12□乳房X光攝影 _____臺																							
醫 事 服 務 機 構	其 他 基 本 資 料	性 質	☐ 公立 ☐ 財團法人 ☐ 私立（合夥） ☐ 私立（獨資）		單位所得稅統一編號																			
			傳 真 號 碼						電 話 號 碼															

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
歇業、異動	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。		稽 查 員	
負責醫師簽章：			

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：_____

◎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	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
資			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
			台 中 字 第	號
料			台 中 字 第	號
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果	
	感控專案課程達 6 學時		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他	
	加強感染控制查檢表		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 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 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 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	二	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
	械	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
	衛	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
	材	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：	設	28. 具有垃圾分類標示:(分感染及非感染性廢性物)				2
	施	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		☐ 合格	☐ 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 <u>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。</u> <u>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)</u>				

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 號		
本 資 料	院 所 醫 師 數				
	醫 師 姓 名	身 分 證 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
	針灸 SOP 專案課程需達 6 學時		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
	針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表乙份		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 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 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 審核委員： 日期章戳：	

(本欄由審查單位填寫)

e-mail :

[illegible]

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

基本資料	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	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		
			台中字第 號		
檢送項目	項 目		審 查 結 果		備 註
	學分證明書		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
	中藥用藥安全管理及品質提升作業要點查檢表		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 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 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 審核委員：日期章戳：		

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	☐ 合格 ☐ 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。