

**醫院開業登記事項查證回復單**

本院申請參加 105 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑，申請類別為：

- 1.  醫院評鑑
- 2.  教學醫院評鑑
- 3.  教學醫院新增職類評鑑
- 4.  合併評鑑：

○(1)本院與分院合併評鑑：合併\_\_\_\_\_分院

○(2)本院與不相毗鄰院區合併評鑑：合併\_\_\_\_\_院區

請就本院之開業情形及負責醫師、病床數、醫師數等資料予以查證，並請將結果通知財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。  
此致○○縣(市)/政府衛生局

申請醫院：

負責醫師：

**◎查證醫院下列資料是否與衛生局登記之資料相符(請呈現填表當日之資料)**

項目	本院填報資料(醫院填寫)	該院登記資料(衛生局填寫)	查證結果(衛生局填寫)
醫院類別	○為公立或醫療法人醫院 ○非為公立或醫療法人醫院	○為公立或醫療法人醫院 ○非為公立或醫療法人醫院	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
執業登記	於評鑑申請截止日前領有開業執照 ○是 ○否	於評鑑申請截止日前領有開業執照 ○是 ○否	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
醫療機構代碼(10碼)			○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
登記開業日期	____年____月____日	____年____月____日	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
專任醫師人數	西醫：____位、中醫：____位 牙醫：____位(含口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科)	西醫：____位、中醫：____位 牙醫：____位(含口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科)	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
急性一般病床數	共____床	共____床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
精神急性一般病床數	共____床	共____床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
精神慢性一般病床數	共____床	共____床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
特殊病床數	共____床，包含： 普通隔離病床____床 正壓隔離病床____床 負壓隔離病床____床 加護病床____床；燒傷病床____床 急診觀察病床____床 其他觀察病床____床 嬰兒病床：____床；手術恢復床____床 嬰兒床____床；血液透析床____床 安寧病床____床；呼吸病床____床 急性結核病床____床； 精神科加護病床____床 產科病床____床；腹膜透析病床____床 亞急性呼吸照護病床____床 慢性呼吸照護病床____床 燒傷加護病床____床 性侵害犯罪加害人強制治療病床____床 骨髓移植病床____床 觀察病床____床	共____床，包含： 普通隔離病床____床 正壓隔離病床____床 負壓隔離病床____床 加護病床____床；燒傷病床____床 急診觀察病床____床 其他觀察病床____床 嬰兒病床：____床；手術恢復床____床 嬰兒床____床；血液透析床____床 安寧病床____床；呼吸病床____床 急性結核病床____床； 精神科加護病床____床 產科病床____床；腹膜透析病床____床 亞急性呼吸照護病床____床 慢性呼吸照護病床____床 燒傷加護病床____床 性侵害犯罪加害人強制治療病床____床 骨髓移植病床____床 觀察病床____床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
醫療服務設施	<input type="checkbox"/> 急診室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 精神科日間照護 <input type="checkbox"/> 甲類安寧居家療護 <input type="checkbox"/> 安寧共同照護 <input type="checkbox"/> 收治呼吸器依賴病人 <input type="checkbox"/> 精神科醫師支援報備 <input type="checkbox"/> 牙醫師支援報備	<input type="checkbox"/> 急診室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 精神科日間照護 <input type="checkbox"/> 甲類安寧居家療護 <input type="checkbox"/> 安寧共同照護 <input type="checkbox"/> 收治呼吸器依賴病人 <input type="checkbox"/> 精神科醫師支援報備 <input type="checkbox"/> 牙醫師支援報備	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____

診療科別	<input type="checkbox"/> 家庭醫學科	<input type="checkbox"/> 內科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 兒科	<input type="checkbox"/> 家庭醫學科	<input type="checkbox"/> 內科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 兒科	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
	<input type="checkbox"/> 婦產科	<input type="checkbox"/> 骨科	<input type="checkbox"/> 神經科	<input type="checkbox"/> 神經外科	<input type="checkbox"/> 婦產科	<input type="checkbox"/> 骨科	<input type="checkbox"/> 神經科	<input type="checkbox"/> 神經外科	
	<input type="checkbox"/> 泌尿科	<input type="checkbox"/> 耳鼻喉科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿科	<input type="checkbox"/> 耳鼻喉科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	
	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 復健科	<input type="checkbox"/> 麻醉科		<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 復健科	<input type="checkbox"/> 麻醉科		
	<input type="checkbox"/> 放射診斷科	<input type="checkbox"/> 放射腫瘤科			<input type="checkbox"/> 放射診斷科	<input type="checkbox"/> 放射腫瘤科			
	<input type="checkbox"/> 放射線科(核醫)	<input type="checkbox"/> 解剖病理科			<input type="checkbox"/> 放射線科(核醫)	<input type="checkbox"/> 解剖病理科			
	<input type="checkbox"/> 臨床病理科	<input type="checkbox"/> 核子醫學科			<input type="checkbox"/> 臨床病理科	<input type="checkbox"/> 核子醫學科			
	<input type="checkbox"/> 急診醫學科	<input type="checkbox"/> 整型外科			<input type="checkbox"/> 急診醫學科	<input type="checkbox"/> 整型外科			
	<input type="checkbox"/> 職業醫學科	<input type="checkbox"/> 西醫一般科			<input type="checkbox"/> 職業醫學科	<input type="checkbox"/> 西醫一般科			
	<input type="checkbox"/> 齒顎矯正科	<input type="checkbox"/> 牙醫一般科			<input type="checkbox"/> 齒顎矯正科	<input type="checkbox"/> 牙醫一般科			
	<input type="checkbox"/> 口腔病理科	<input type="checkbox"/> 口腔顎面外科			<input type="checkbox"/> 口腔病理科	<input type="checkbox"/> 口腔顎面外科			
	<input type="checkbox"/> 中醫一般科	<input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 中醫一般科	<input type="checkbox"/> 其他_____			

**◎回復意見(衛生局填寫)**

一、整體而言，該院：符合醫療機構設置標準    不符合醫療機構設置標準

二、該院於本局所登記之資料，業已輸入「醫事機構評鑑管理系統」及「醫事管理系統」中。  
 (註：請務必完成輸入，以免影響該院之評鑑成績。)

縣(市)/政府衛生局 查證人員： \_\_\_\_\_ 簽章  
 業務主管： \_\_\_\_\_ 簽章

備註：本回復單煩請貴局於 105 年 3 月 4 日前逕寄財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓)彙辦，以符合醫院申請評鑑時效。