

兒童醫院開業登記事項查證回復單

本院申請參加 106 年度 1. 兒童醫院評鑑 2. 兒童教學醫院評鑑 3. 兒童教學醫院新增職類評鑑
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	<input type="radio"/> 為公立或醫療法人醫院 <input type="radio"/> 非為公立或醫療法人醫院	<input type="radio"/> 為公立或醫療法人醫院 <input type="radio"/> 非為公立或醫療法人醫院	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
執業登記	於評鑑申請截止日前領有開業執照 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	於評鑑申請截止日前領有開業執照 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
醫療機構代碼 (10碼)			<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
登記開業日期	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
專任醫師人數	西醫：_____位、中醫：_____位 牙醫：_____位	西醫：_____位、中醫：_____位 牙醫：_____位	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
急性一般病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
精神 急性一般病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____
精神 慢性一般病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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 燒傷加護病床_____床；觀察病床_____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；骨髓移植病床_____床； 精神科加護病床_____床 產科病床_____床；腹膜透析床_____床 亞急性呼吸照護病床_____床 慢性呼吸照護病床_____床 性侵害犯罪加害人強制治療病床_____床 其他病床_____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 燒傷加護病床_____床；觀察病床_____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；骨髓移植病床_____床； 精神科加護病床_____床 產科病床_____床；腹膜透析床_____床 亞急性呼吸照護病床_____床 慢性呼吸照護病床_____床 性侵害犯罪加害人強制治療病床_____床 其他病床_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他	<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)_____

◎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，業已完成輸入「醫事機構評鑑管理系統」及「醫事管理系統」中。
- 三、煩請貴局於106年3月22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。

縣（市）/政府衛生局 查證人員： 簽章

業務主管： 簽章