

兒童醫院開業登記事項查證回復單

本院申請參加 105 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
 請就醫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	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	<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 105 年 3 月 10 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