| 16 UL . | |
|---------|--|
| 編號: | |

107 年度精神復健機構開業登記事項查證回復單

000年00月00日

| 木 | 继棋名 | than o | へ年1 | 安結油: | 伯伊继 | 構評鑑 | , 刘 | 2 署 稻 只 | 一为 | • |
|---|----------|--------|--|----------|----------|-------|-----|---------|-------------|---|
| 4 | //双/1円 彡 | | $\mathcal{I} \mathcal{I} \mathcal{I} \mathcal{I} \mathcal{I} \mathcal{I} \mathcal{I} \mathcal{I} $ | 支 小月 个十一 | 文 廷 攻 | 作 可 強 | ´ D | 又 且 宋月刀 | 1 / / / / / | • |

○日間型機構 ○住宿型機構

請就本機構之開業情形、負責人、專任管理人員、專業人員及核可服務量等資料予以查證,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 | (士) | 供 山 | P |
|-----|---------|------------|---|
| | (111) | 仰土 | 归 |

| 申 | 請機構 | : | |
|---|-----|---|--|
| | | | |

填表人簽章:_____

◎查證機構下列資料是否與衛生局登記之資料相符

| 云 口 | 本機構填報資料(機構填寫) | 該機構登記資料 | 查證結果 | |
|--------------|--------------------|------------------|--|--|
| 項目 | 本 | (衛生局填寫) | (衛生局填寫) | |
| | ○公立機構 | ○公立機構 | | |
| | ○醫療法人附設機構 | ○醫療法人附設機構 | | |
| 14 14 12 13 | ○私立機構 | ○私立機構 | ○兩者資料相同 | |
| 機構屬性 | ○醫療機構附設機構 | ○醫療機構附設機構 | ○不同(請說明) | |
| | ○法人或其他人民團體附設 | ○法人或其他人民團體附設 | | |
| | 機構 | 機構 | | |
| in mile-ot | ○日間型機構 | ○日間型機構 | ○兩者資料相同 | |
| 設置類別 | ○住宿型機構 | ○住宿型機構 | ○不同(請說明) | |
| Li ale es | 於評鑑申請截止日前領有開業 | 於評鑑申請截止日前領有開業 | ○兩者資料相同 | |
| 執業登記 | 執照?○是○否 | 執照?○是 ○否 | ○不同(請說明) | |
| 14 14 15 -15 | | | ○兩者資料相同 | |
| 機構代碼 | | | ○不同(請說明) | |
| 登記開業 | | | | |
| 日期(原 | ж п | ж п | ○兩者資料相同 | |
| 始發照日 | 年 月 日 | 年 月 日 | ○不同(請說明) | |
| 期) | | | | |
| | 姓名: | 姓名: | | |
| 負責人 | 服務量為 49 床(人)以下機構 | 服務量為 49 床(人)以下機構 | | |
| | 請勾選: | 請勾選: | ○ T セ次州 扣口 | |
| | ○未抵任兼任專業人員 | ○未抵任兼任專業人員 | ○兩者資料相同○不同(請說明) | |
| | ○抵任兼任專業人員 | ○抵任兼任專業人員 | 〇个四(明 <i>凯切)</i> | |
| | 專業領域 | 專業領域 | | |
| | 抵任 時數/每週 | 抵任時數/每週 | | |

| 項目 | 本機構填幸 | 及資料 | | 人構填寫) | | 幾構至 | | | | 查證結果 |
|-------|-----------|-------|-------------|--|-----------|-------------|----------|-----------------------------|-------------|---------------------|
| | | | | | (1) | 新生 居 | | H) | | (衛生局填寫) |
| | | | | 位 | | | | 位 | Ţ | |
| | 服務量為 | 49 房 | (人 |)以下機構 | 服務量為 | 49 B | 末(人 |)以下機構 | 专 | |
| | 請勾選: | | | | 請勾選: | | | | | |
| | ○未抵任兼 | 員 | ○未抵任兼 | 任專 | | | | | | |
| 專任管理 | ○抵任兼任 | 專業 | 人員 | | ○抵任兼任 | 專業 | | | - I | 兩者資料相同 |
| 人員 | 專業領域 | | 人數 | 抵任時數 /每週 | 專業領域 | | 人數 | 抵任時數 /每週 | |)不同(請說明) |
| | 職能治療的 | | | | 職能治療自 | | | | | |
| | 社會工作人 | | | | 社會工作人 | | | | - | |
| | 護理師 護士 | 1 | | | 護理的 護士 | | | | | |
| | 臨床心理的 | fi . | | | 臨床心理的 | | | | - | |
| | | | 善 | 任人數 | | | 善 | 任人數 | | |
| | 專業領 | 專任 | <u>木</u> | 兼任時數 | 專業領 | 專任 | <u> </u> | 兼任時數 | | |
| | 域 | 人數 | 人數 | /每週 | 域 | 人數 | .人數 | /每週 | | |
| | 職能治 | | | | 職能治 | | | | | |
| | 療師 | | | | 療師 | | | | | |
| | 職能治 療生 | | | | 職能治 療生 | | | | | |
| | 社會工作 | | | | 社會工作 | | | | |)兩者資料相同 |
| 專業人員 | 人員 | | | | 人員 | | | | | 不同(請說明) |
| | 護理師 | | | | 護理師 | | | | | |
| | 護士 | | | | 護士 | | | | 1 | |
| | 臨床心 | | | | 臨床心 | | | | | |
| | 理師 醫師 | | | | 理師 醫師 | | | | | |
| | | 自 | 及專 | 存管理人 | | 負責人 | _及 專 | 【任管理人 | 1 | |
| | 員抵任專業 | | - | | 員抵任專業 | | | | | |
| 衛 生 | | | <u> </u> | | | | | | | |
| 局核可服 | | | | 床(人) | | | | 床(人) | \subset |)兩者資料相同)不同(請說明) |
| 務量 | | | | <i>~</i> 1- (<i>/</i> ► <i>/</i> | | | | ″ ! - ⟨ / \ / | | 不同(請說明) |
| 總樓地板 | | | | | | | | | |) 兩者資料相同 |
| 面積 | | | | 平方公尺 | | | | 平方公尺 | | 不同(請說明) |
| 平均每床 | | | | | | | | | | 西去資料相同 |
| (人)面積 | | | | 平方公尺 | | | | 平方公尺 | \ \ _ | 兩者資料相同 不同 (請說明) |
| (八川山禎 | | | | | | | | | | 小门门间就奶儿 |

○綜合意見(衛生局填寫)一、綜合上述資料該機構:○符合精神復健機構設置標準○不符合精神復健機構設置標準(請說明:二、該機構是否屬新設立機構:

- 是,請勾選以下原因:
 - ○首次設立
 - ○因故歇業,由另一位負責人,於原址重新申請開業者(即俗稱變更負責人)。
 - 否,惟自前次評鑑迄今,期間有下列情形(請勾選,可複選,並填入次數及最近 1次異動日期):
 - □遷移地址(機構名稱及負責人並無異動)___次,最近 1 次異動日期__年__月日。
 - □公立醫院附設機構變更負責人___次,最近1次異動日期__年 __月__日。
 - □僅變更機構名稱(機構主體設施設備及工作人員並無異動) 次,最近1次異動日期__年__月__日。
 - □擴充、增建及改建已變更原評鑑規模、範圍___次,最近1次異動日期__年__月日。

□以上均無。

- 三、該機構於本局所登記之資料,業已輸入「醫事機構管理系統」中:
 - 已核實輸入
 - 未輸入(註:務請於3日內完成輸入,以免影響該機構之評鑑成績。)

_____縣(市)衛生局

查證人員:

簽章

業務主管:

簽章

註:

- 1. 請確認該機構於貴局所登記之資料,業已輸入「醫事管理系統」中,以免影響該機構之評鑑成績。
- 2. 本回復單煩請貴局於〇〇〇年〇〇月〇〇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二段 31 號 5 樓)彙辦,以符合機構申請評鑑時效。