

編號：_____

107 年度精神復健機構開業登記事項查證回復單

○○○年○○月○○日

本機構參加○○○年度精神復健機構評鑑，設置類別為：

○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(市)衛生局

申請機構：_____

負責人：_____ (請蓋關防及負責人章)

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

項目	本機構填報資料(機構填寫)	該機構登記資料 (衛生局填寫)	查證結果 (衛生局填寫)
機構屬性	<input type="radio"/> 公立機構 <input type="radio"/> 醫療法人附設機構 <input type="radio"/> 私立機構 <input type="radio"/> 醫療機構附設機構 <input type="radio"/> 法人或其他人民團體附設機構	<input type="radio"/> 公立機構 <input type="radio"/> 醫療法人附設機構 <input type="radio"/> 私立機構 <input type="radio"/> 醫療機構附設機構 <input type="radio"/> 法人或其他人民團體附設機構	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
設置類別	<input type="radio"/> 日間型機構 <input type="radio"/> 住宿型機構	<input type="radio"/> 日間型機構 <input type="radio"/> 住宿型機構	<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)
機構代碼			<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
登記開業日期(原始發照日期)	年 月 日	年 月 日	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
負責人	姓名： 服務量為 49 床(人)以下機構 請勾選： <input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員 <input type="radio"/> 抵任兼任專業人員 專業領域 抵任 時數/每週	姓名： 服務量為 49 床(人)以下機構 請勾選： <input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員 <input type="radio"/> 抵任兼任專業人員 專業領域_____ 抵任__時數/每週	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)

項目	本機構填報資料 (機構填寫)	該機構登記資料 (衛生局填寫)	查證結果 (衛生局填寫)				
專任管理人員	位	位	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同 (請說明)				
	服務量為 49 床(人)以下機構 請勾選： <input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員 <input type="radio"/> 抵任兼任專業人員	服務量為 49 床(人)以下機構 請勾選： <input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員 <input type="radio"/> 抵任兼任專業人員					
	專業領域	人數		抵任時數 / 每週	專業領域	人數	抵任時數 / 每週
	職能治療師(生)				職能治療師(生)		
	社會工作人員				社會工作人員		
	護理師				護理師		
	護士				護士		
臨床心理師			臨床心理師				
專業人員	專業領域	專任人數	兼任人數 兼任時數 / 每週	專業領域	專任人數	兼任人數 兼任時數 / 每週	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同 (請說明)
	職能治療師			職能治療師			
	職能治療生			職能治療生			
	社會工作人員			社會工作人員			
	護理師			護理師			
	護士			護士			
	臨床心理師			臨床心理師			
	醫師			醫師			
	(未包含負責人及專任管理人員抵任專業人員時數)		(未包含負責人及專任管理人員抵任專業人員時數)				
衛生局核可服務量	床 (人)		床 (人)		<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同 (請說明)		
總樓地板面積	平方公尺		平方公尺		<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同 (請說明)		
平均每床(人)面積	平方公尺		平方公尺		<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同 (請說明)		

◎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○○○年○○月○○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。