

精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑申請及申報注意事項

目錄

壹、 評鑑申請方式	- 1 -
貳、 評鑑審查費繳交方式	- 2 -
參、 評鑑申報資料繳交方式	- 2 -
肆、 實地評鑑之資料準備	- 4 -
伍、 實地評鑑安排其他列席單位人員觀摩	- 5 -
陸、 其他注意事項	- 5 -

精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑申請及申報說明

衛生福利部（以下簡稱衛福部）委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱本會）辦理本（108）年度精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑申請、申報，並依據公告之「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑作業程序」訂定本說明，以協助醫院進行申請作業（評鑑申請流程請參照附件一，P.6）。

壹、評鑑申請方式：

一、申請期限：自 108 年 5 月 1 日起至 108 年 5 月 17 日止（逾期不予受理）。

二、申請資料繳交內容：

1. 請至衛生福利部精神科醫院及精神科教學醫院評鑑管理系統 <http://psyha.jct.org.tw/PSYDEP/WebForm/Auth/Login.aspx>（實地評鑑→申請申報→評鑑申請），填報「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑申請書」（範例如附件二，P.7）。

2. 下載「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑申請書」（含評鑑申請注意事項）紙本乙份（A4 紙張雙面列印），並依說明完成負責醫師簽章、關防及騎縫章。

3. 檢備下列資料：

(1) 醫療機構開業執照影本乙份。

(2) 申請教學醫院評鑑（含新增職類）者，請另檢附「精神科教學醫院評鑑前次評鑑合格效期醫事人員收訓情形確認表（詳如附件三，P.10）」正本乙份（需加蓋負責醫師章）。

三、申請資料繳交方式：於申請期限內，檢齊前開第 2~3 項所述之資料後，由專人送達或掛號郵寄（免備文，以郵戳為憑）至本會（地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓；電話：02-8964-3000 分機 3082 陳家蓉專員），逾期不受理。

四、醫院開業登記事項查證：

1. 請至衛生福利部精神科醫院及精神科教學醫院評鑑管理系統 <http://psyha.jct.org.tw/PSYDEP/WebForm/Auth/Login.aspx>（實地評鑑→申請申報→查證回復單填寫），填報「醫院開業登記事項查證回復單」（範例如附件四，P.11）。

2. 「醫院開業登記事項查證回復單」填報完成並點選「送出」後，由轄屬衛生局進行查證，且將查證結果寄回本會，醫院毋須另行郵寄紙本予衛生局及本會。

五、如有相關證明文件未備齊，將由本會另行以電話通知，請於截止日起 5 日內完成補件。

貳、評鑑審查費繳交方式：

- 一、繳費期限：自 108 年 5 月 1 日起至 108 年 5 月 17 日止。
- 二、請依照衛福部公告之「醫院評鑑及教學醫院評鑑收費標準」規定計算，可利用評鑑審查費試算表（網址：<https://bit.ly/2EXGiQ9>）進行試算。
- 三、請於繳費期限內，將評鑑審查費之匯票或即期支票（戶名：衛生福利部），併同正式公函寄至衛生福利部（地址：11558 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號；電話：02-85906666）。
- 四、匯票收據正本請醫院自行保管，另備妥匯票或支票影本乙份，於繳費期限內併同評鑑申請資料，由專人送達或掛號郵寄（免備文，以郵戳為憑）至本會（地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓；電話：02-8964-3000 分機 3082 陳家蓉專員），逾期不受理。

參、評鑑申報資料繳交方式：

- 一、繳交期限：依實地評鑑月份，於前一個月 10 日為「評鑑資料繳交日期」，遇假日則予順延，請參照本會公文（週通知）辦理。

範例：（評鑑資料繳交日期，請依本會公文週通知辦理）

實地評鑑月份	評鑑資料繳交日期
6 月	5 月 31 日
7 月	6 月 28 日
8 月	7 月 10 日
9 月	8 月 12 日 ^註
10 月	9 月 10 日
11 月	10 月 14 日 ^註

註：評鑑資料繳交日期遇假日順延

- 二、申報資料繳交方式：一律採系統線上填報，醫院毋需郵寄電子檔案或紙本。
 1. 基本資料表、補充資料表、自評表：請依評鑑申請類別至衛生福利部精神科醫院及精神科教學醫院評鑑管理系統 <http://psyha.jct.org.tw/PSYDEP/WebForm/Auth/Login.aspx>（實地評鑑→申請申報→申報填寫）填報，填報前請務必詳閱填表說明/注意事項。
 2. 填報期限為「評鑑申報資料繳交日期」自 5 月 27 日起至截止日下午 11 時 59 分，衛生福利部精神科醫院及精神科教學醫院評鑑管理系統將自動關閉填報權限。
 3. 「自評表」請先填報後下載相關表單，另「實地評鑑前之月平均人力統計表」、「可免評條文確認表」、「住院醫師值勤時數現況調查表」請至系統下載相關表單。

4. 各申報資料的檔案名稱，系統統一預設為「檔案名稱-機構名稱(全銜)-機構代碼」，故系統下載相關表單後勿修正檔案名稱。

三、申請資料繳交內容：

1. 自評表：係由受評醫院參照各類評鑑基準及評量項目，自我評量各項基準達成程度。請先至系統填報各基準之自評成績，系統將自行協助轉出自評成績，請下載檔案後再填寫「執行狀況說明」。計有「精神科醫院評鑑自評表」及「精神科教學醫院評鑑自評表」二類。
2. 可免評條文確認表：係由受評醫院依精神科醫院評鑑基準所列之可免評條件，進行不適用評量項目之勾選。申請「精神科教學醫院評鑑」或「精神科教學醫院新增職類評鑑」者毋須填報本表。
3. 精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑基本資料表：係由受評醫院針對全院整體性統計資料及現況進行填寫。僅申請「精神科教學醫院新增職類評鑑」者毋須填寫本表。
4. 評鑑補充資料表：係參照各類評鑑基準及評量項目進行相關統計資料及現況進行填寫。計有「精神科醫院評鑑補充資料表」及「精神科教學醫院評鑑補充資料表」二類，請依評鑑申請類別進行填寫。申請精神科醫院評鑑者，請同時檢附最近一次消防檢查、建築檢查及勞動檢查結果公文及附件。
5. 實地評鑑前之月平均人力統計表：係統計 106 年 4 月（或自開業日期）起至實地評鑑前，以每月第 1 日之人力數計算年平均人力。僅申請「精神科教學醫院評鑑」或「精神科教學醫院新增職類評鑑」者毋須填寫本表。
6. 住院醫師值勤時數現況調查表：係統計 107 年度（107 年 7 月 1 日至 108 年 6 月 30 日）所招收之各專科各年級住院醫師實際的值勤時數相關統計資料。申請「精神科醫院評鑑」、「醫事人員類（非醫師）精神科教學醫院」、「精神科教學醫院新增職類評鑑」者毋須填寫本表。
7. 樓層配置說明：由受評醫院簡述院內各樓層之單位配置概況，格式不拘（非平面圖）。
8. 教學醫院評鑑共同查證單位之樓層配置說明：由受評醫院簡述院內圖書館、教材室、研究室、模擬訓練場所之樓層配置概況，格式不拘（非平面圖）。僅申請「精神科醫院評鑑」者毋須填報本表。
9. 評鑑申報資料繳交一覽表：

(1)申請精神科醫院評鑑

資料類別	檔案類型	備註
1.基本資料表	word 或 pdf	
2.精神科醫院評鑑補充資料表	word 或 pdf	

資料類別	檔案類型	備註
(第一篇)(第二篇)		
3.精神科醫院自評表	word 或 pdf	
4.可免評條文確認表	word 或 pdf	請檢附於自評表中附件上傳，檔案大小合計需小於 <u>30MB</u>
5.實地評鑑前之月平均人力統計表	excel	
6.最近一次消防檢查結果公文及附件	word 或 pdf	
7.建築檢查結果公文及附件	word 或 pdf	
8.勞動檢查結果公文及附件	word 或 pdf	
9.樓層配置說明	word 或 pdf	

(2)申請精神科教學醫院評鑑（含精神科教學醫院新增職類評鑑）

資料類別	檔案類型	備註
1.基本資料表	word 或 pdf	僅申請「精神科教學醫院新增職類評鑑」者毋須填寫本表
2.精神科教學醫院評鑑補充資料表（第 1-6 章）	word 或 pdf	
3.精神科教學醫院自評表	word 或 pdf	
4.住院醫師值勤時數現況調查表	excel	請檢附於自評表中附件上傳，檔案大小合計需小於 30MB
5.教學醫院評鑑共同查證單位之樓層配置說明	word 或 pdf	

四、本年度評鑑資料繳交期限截止後，即不再受理抽換及補件作業，若資料有需要更正則請醫院於實地評鑑時提出說明。

肆、實地評鑑之資料準備：

一、請於實地評鑑前一週週二前提供下列資料（電子檔）：

1. 「醫院簡報」時段之全院性簡報電子檔（檔案類型 pdf 檔），檔案大小建議至多 25MB。
2. 貴院本年度 1 月至評鑑前 1 個月醫療服務量資料（提供資料內容可參考可參考本年度精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑基本資料表）。【僅申請精神科教學醫院評鑑（含新增職類評鑑）者毋須填報本表。】
3. 實地評鑑期間各科（項）晨會一覽表，包括時間表及地點。
4. 實地評鑑期間各科討論會議、活動行程，包括時間表及地點。
5. 若非初次評鑑醫院，請提供前次評鑑意見改進情形一覽表。
6. 精神衛生護理師人員名單。

二、請於實地評鑑當週一前提供下列資料（電子檔）：

1. 實地評鑑進程序表（含會場安排）：請參照「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑進行方式及時間分配表(精神病床數 000 床以上之醫院)」所註時間標明會場。
2. 實地評鑑期間院方主要及各領域資料查證負責人及聯絡方式。
3. 貴院最近半年新進人員名單（含行政人員），並請標註姓名、到職日、前一服務機構或單位等資料。【僅申請精神科教學醫院評鑑（含新增職類評鑑）者毋須填報本表。】
4. 依貴院所申請之職類別，請提供評鑑當月實習（醫）學生名單、住院醫師、新進中醫師名單，並標註實地評鑑期間各天是否在院。【僅申請精神科醫院評鑑者毋須填報本表。】
5. 請依本會提供之各職類醫事人員教師及受訓人員名單，標註實地評鑑期間各天是否在院或班別、及護理病房科別。【僅申請精神科醫院評鑑者毋須填報本表。】

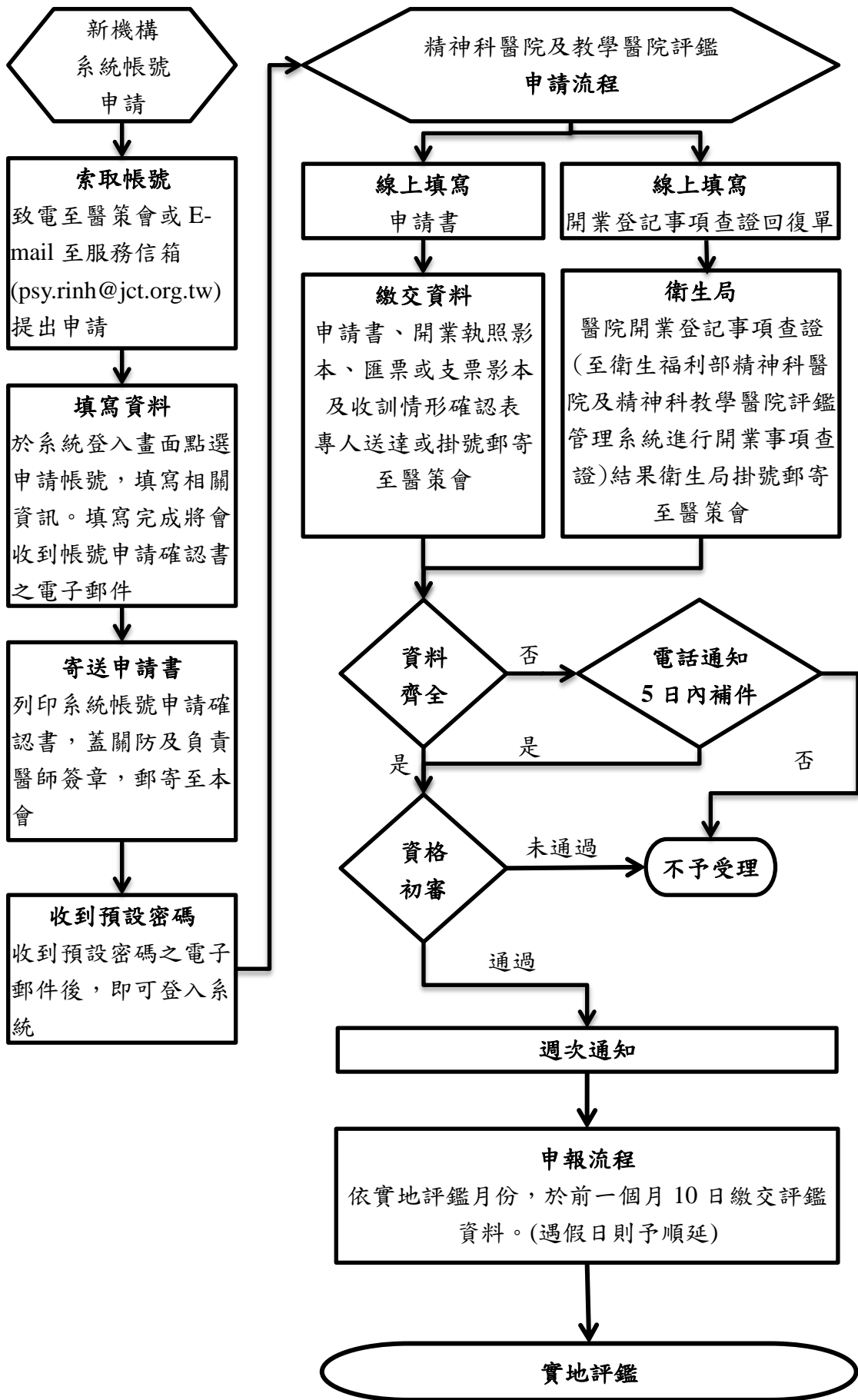
伍、實地評鑑安排其他列席單位人員觀摩：

- 一、安排觀察員（含醫用者代表）：為減少醫院困擾、影響醫院權益，每梯次至多安排 1 位觀察員（含醫用者代表）。
- 二、安排「台灣社區醫院協會代表」：每家醫院以 1 人為限，列席代表需經受評醫院同意後參與評鑑。

陸、其他注意事項：

- 一、有關既定之評鑑行程，原則上不予調整；惟發生下列可能突發狀況，擬訂因應方案如下：
 1. 天災（如颱風、地震）：將視受評醫院、評鑑委員、縣市衛生局與協辦單位所在地受災狀況，或依據「行政院人事行政總處」公佈之停止辦公及上課規定，由本會於確保行程安全原則下，依實際狀況需要彈性調整，並通知相關單位。必要時，由縣市衛生局與受評醫院依據所在地實際狀況決定是否如期進行評鑑作業。
 2. 國內或受評醫院發生重大疫情：將視衛生福利部中央流行疫情指揮中心、縣市衛生局地方流行疫情指揮中心之疫情分級警示情形，以及確認受評醫院實際情況後，由本會配合辦理行程取消或變更事宜。
- 二、實地評鑑期間，均不得對委員進行照相、錄音、監視、錄影、直播及任意散布影像等侵害隱私情事，一經發現應立即刪除影像，列為下次評鑑參考，並得依相關法律辦理。

附件一、精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑申請流程



附件二、精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑申請書（範本）

本院同意申請參加貴部會同教育部辦理之○○○年精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑，了解評鑑申請注意事項並願意主動提供評鑑所需資料及配合各項評鑑作業；有關本院開業登記事項查證回復單已另案送請○○縣（市）/政府衛生局查證，請鑒核。

此致
衛生福利部

申請醫院名稱（全銜）：
申請醫院英文名稱（全銜）：
醫療機構代碼（10碼）：

一、申請評鑑類別：

1. 精神科醫院評鑑：

- 總病床 250 床以上
- 總病床 100 床至 249 床
- 總病床 99 床以下

2. 精神科教學醫院評鑑：

醫師及醫事人員類精神科教學醫院

醫師：西醫類（專任西醫主治醫師數：_____位）：

- 短期實習醫學生、住院醫師
- 住院醫師

牙醫類（含口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科）

（專任牙科主治醫師數：_____位）：

- 實習牙醫學生、牙醫畢業後一般醫學訓練、住院醫師
- 牙醫畢業後一般醫學訓練、住院醫師

中醫類（具備執行中醫師業務 5 年以上之專任中醫主治醫師數：_____位）：

- 實習中醫學生、新進中醫師
- 新進中醫師

其他醫事人員：申請職類須同時受評實習學生及新進醫事人員

- 藥事 醫事放射 醫事檢驗 牙體技術 護理 營養
- 呼吸治療 助產 聽力 物理治療 職能治療 臨床心理
- 諮商心理 語言治療

醫事人員類（非醫師）精神科教學醫院

其他醫事人員：申請職類須同時受評實習學生及新進醫事人員

- 藥事 醫事放射 醫事檢驗 牙體技術 護理 營養
- 呼吸治療 助產 聽力 物理治療 職能治療 臨床心理
- 諮商心理 語言治療

3. 精神科教學醫院新增職類評鑑：

醫師：西醫類（專任西醫主治醫師數：_____位）：

- 短期實習醫學生
- 住院醫師
- 短期實習醫學生、住院醫師

牙醫類（含口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科）

(專任牙科主治醫師數：_____位)：

- 實習牙醫學生
牙醫畢業後一般醫學訓練
住院醫師
實習牙醫學生、牙醫畢業後一般醫學訓練
牙醫畢業後一般醫學訓練、住院醫師
實習牙醫學生、牙醫畢業後一般醫學訓練、住院醫師

中醫類(具備執行中醫師業務5年以上之專任中醫主治醫師數：_____位)：

- 實習中醫學生
實習中醫學生、新進中醫師
新進中醫師

其他醫事人員：藥事 醫事放射 醫事檢驗 牙體技術 營養
呼吸治療 助產 聽力 物理治療 職能治療 臨床心理
諮商心理 語言治療

二、本院評鑑地址一覽表(同一醫療機構代碼)：

地址	病床資料		醫療服務範圍 ^{註1}
	精神病床數	特殊病床數	

註：

- 1.特殊病床：包括精神科加護病床、慢性呼吸照護病床、隔離病床、安寧病床、血液透析床、手術恢復床、急診觀察床、性侵害犯罪加害人強制治療病床...等。
- 2.醫療服務範圍：門(急)診、病房(急性一般病床)、亞急性呼吸照護病房(RCC)、慢性呼吸照護病房(RCW)、安寧病房、隔離病房、慢性一般病房、精神科醫療服務(門診、急診、精神急性一般病房、精神慢性一般病房、精神科加護病房、精神科日間照護)...等。

三、最近一次評鑑結果

1.精神科醫院評鑑：新申請醫院

精神科醫院評鑑年度：_____；精神科醫院評鑑結果：

2.精神科教學醫院評鑑：非教學

精神科教學醫院評鑑年度：_____；精神科教學醫院評鑑結果：

負責醫師簽章：_____ (請蓋關防及負責醫師章)

聯絡人(職稱)：_____

地址：_____

電話：_____

傳真：_____

註：

- 1.本申請書請至衛生福利部『精神科醫院及精神科教學醫院評鑑管理系統』填寫，並於下載後用印(關防、負責醫師章及騎縫章)，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)。
- 2.申請醫院請檢附醫療機構開業執照影本。
- 3.評鑑申請注意事項詳見下頁。

中華民國_____年_____月_____日

評鑑申請注意事項

- 一、申請評鑑醫院應依「精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑作業程序」規定，於期限內檢附相關文件資料，並配合辦理相關作業。
 - 二、實地評鑑期間，申請評鑑醫院應提供主辦機關所安排之評鑑委員為評鑑條文評量所需之相關參考資料。
 - 三、主辦機關或協辦單位提供申請評鑑醫院評鑑相關表單。
 - 四、主辦機關或協辦單位不定時於網站上，提供申請評鑑醫院有關評鑑之最新資訊及活動。
 - 五、主辦機關或協辦單位於評鑑基準及評量項目核定後將其內容公告於網站上，以利申請評鑑醫院參考及準備。
 - 六、主辦機關或協辦單位於作業程序公告後，辦理評鑑說明會，內容包括評鑑申請說明、評鑑基準內容、評量重點及準備方向，以利申請評鑑醫院參考及準備。
 - 七、主辦機關或協辦單位以正式函文通知申請評鑑醫院實地評鑑時間之週別，以利醫院準備。
 - 八、主辦機關或協辦單位提供電話諮詢服務及公用信箱服務，以利回復申請評鑑醫院對評鑑相關作業及內容之疑義。
 - 九、主辦機關或協辦單位所提供申請評鑑醫院之「評鑑委員評核量表」，由申請評鑑醫院角度評量評鑑委員於實地評鑑過程中之表現，所填答之內容僅供研究及參考使用。
 - 十、年度評鑑結果公告後，通過評鑑者，由主辦機關或協辦單位寄發評鑑合格證書。
 - 十一、年度評鑑結果公告後，由主辦機關或協辦單位將評鑑委員之建議彙整成意見表，回饋予申請評鑑醫院參考。
 - 十二、主辦機關得將申請評鑑醫院之評鑑結果及各醫院之評鑑相關資訊公告於網站，供民眾參考。
 - 十三、主辦機關得使用申請評鑑醫院所提供之所有評鑑資料，以利政府機關及委託計畫相關機構進行統計分析，作為政策擬定之參考用途。
- 備註：申請評鑑醫院不得將評鑑結果（含評鑑合格證書、圖樣及標誌等），作下列不當使用：
- （一）易使民眾誤解或誇大不實之相關聲明。
 - （二）針對已被暫停或停止的評鑑或認證範圍進行廣告或行銷。

附件三、精神科教學醫院評鑑前次評鑑合格效期醫事人員收訓情形確認表

機構代碼：_____ 醫院名稱：_____

縣市別：_____ 負責醫師簽章：_____ (請蓋負責醫師簽章)

填表人姓名/職稱：_____ 聯絡電話：_____

一、評鑑作業程序：

依醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序第十四點(略以)：「經精神科教學醫院評鑑合格之醫事人員(非醫師)職類，於下次申請評鑑前，應至少收訓一名新進人員或一名實習學生以上，未實際執行訓練計畫者，則不得申請該職類之評鑑。」

二、醫院於前次評鑑合格效期醫事人員收訓情形：(僅就申請之職類別進行填寫即可)

職類別	前次評鑑是否已申請且通過評鑑	前次評鑑合格效期收訓實習學生情形	前次評鑑合格效期收訓新進醫事人員情形
藥事	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
醫事放射	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
醫事檢驗	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
牙體技術	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
護理	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
營養	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
呼吸治療	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
助產	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
聽力	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
物理治療	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
職能治療	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
臨床心理	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
諮商心理	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓
語言治療	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓	<input type="radio"/> 有收訓至少一名 <input type="radio"/> 無收訓

附件四、醫院開業登記事項查證回復單（範本）

本院申請參加○○○年度精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑，申請類別為：

1. 精神科醫院評鑑
 2. 精神科教學醫院評鑑
 3. 精神科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)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

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 (原發照日期)	年 月 日	年 月 日	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
專任醫師人數	位	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 (開放床數)	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(開放床數)	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(開放床數)	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 (開放床數)	共 床，包含血液透析床、精神科加護病床、其他床	共 床，包含血液透析床、精神科加護病床、其他床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
總病床數 ^{註1} (開放床數)	共 床	共 床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
精神科日間照護單位(人數)	人	人	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)

註 1：總病床數係指急性一般病床、慢性一般病床、精神急性一般病床、精神慢性一般病床及特殊病床之加總。

註 2：本表資料請填寫至填表當日為止(非前一年度 12 月 31 日資料)。

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"/> 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="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
------	--	--	---

<input type="checkbox"/> 急診醫學科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 急診醫學科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<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、綜合上述資料該院： <input type="radio"/> 符合醫療機構設置標準 <input type="radio"/> 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「醫事機構管理系統」中。 (註：務請完成輸入，以免影響該院之評鑑成績。)

縣(市)衛生局 查證人員： 簽章
 業務主管： 簽章

備註：本回復單僅為範本，煩請貴局於○○○年○○月○○日前至「精神科醫院及精神科教學醫院評鑑管理系統」填寫，完成後點選送出並列印，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。