

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

<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"/> 整形外科 <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"/> 臨床病理科 <input type="checkbox"/> 核子醫學科 <input type="checkbox"/> 急診醫學科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <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	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

◎回復意見(衛生局填寫)

一、綜合上述資料該院：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：
業務主管：

簽章
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。

僅供參考，請至評鑑系統上進行申請