

精神復健機構開業登記事項查證回復單(範本)

108 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 108 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：	姓名：	<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 專業領域	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_____	

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)
	抵任 時數/每週				抵任 ___ 時數/每週				
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： ○未抵任兼任專業人員 ○抵任兼任專業人員				服務量為 49 床(人)以下機構 請勾選： ○未抵任兼任專業人員 ○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		專業領域	專任人數	兼任人數		<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
			兼任時數/每週				兼任時數/每週		
	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	平方公尺				平方公尺				<input type="radio"/> 兩者資料相同

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)
床(人) 面積			○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。

本回復單煩請貴局於108年5月24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。