

精神護理之家開業登記事項查證回復單（範本）

108 年精神護理之家開業登記事項查證回復單 年 月 日
本機構參加 108 年度精神護理機構評鑑，請就本機構之開業情形、負責人、專業人員、照顧服務員人數及核可之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： 填表人：
（請於空白處蓋「關防」與「負責人」章）

一、請查證機構下列資料是否與衛生局登記之資料相符（本表各項欄位均需完整填寫不可空白）

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）
1.機構屬性 <input type="checkbox"/> 公立機構 <input type="checkbox"/> 私立機構 <input type="checkbox"/> 法人或其他團體附設護理機構	1.機構屬性 <input type="checkbox"/> 公立機構 <input type="checkbox"/> 私立機構 <input type="checkbox"/> 法人或其他團體附設護理機構	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同（請說明）
2.執業登記 ▶ 於評鑑申請截止日前領有開業執照？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 設有日間照護： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2.執業登記 ▶ 於評鑑申請截止日前領有開業執照？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ▶ 設有日間照護： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同（請說明）
3.機構代碼：	3.機構代碼：	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同（請說明）
4.登記開業日期：（原始發照日期） 年 月 日	4.登記開業日期：（原始發照日期） 年 月 日	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同（請說明）
5.負責人：	5.負責人：	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同（請說明）
6.衛生局核可服務量： 床	6.衛生局核可服務量： 床	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同（請說明）
7.總樓地板面積： 平方公尺	7.總樓地板面積： 平方公尺	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同（請說明）
8.平均每床面積： 平方公尺	8.平均每床面積： 平方公尺	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 不同（請說明）

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)
9.人員配置：				9.人員配置：				<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同 (請說明)
專業別	專任人數	兼任人數	每週兼任時數	專業別	專任人數	兼任人數	每週兼任時數	
護理人員				護理人員				
照顧服務員				照顧服務員				
社會工作人員				社會工作人員				
職能治療師				職能治療師				
職能治療生				職能治療生				
臨床心理師				臨床心理師				
醫師				醫師				
物理治療師				物理治療師				
物理治療生				物理治療生				
營養師				營養師				

<以下由衛生局填寫>

二、請查證該機構下列各項是否符合護理機構設置標準規定 (衛生局填寫)：

(一) 人員 (請依「護理機構設置標準表」—精神護理之家之「人員」設置標準逐項查核)：

- 1、護理人員：符合，不符合 (請說明)：_____
- 2、照顧服務員：符合，不符合 (請說明)：_____
- 3、社會工作人員：符合，不符合 (請說明)：_____
- 4、職能治療人員：符合，不符合 (請說明)：_____
- 5、臨床心理師：符合，不符合 (請說明)：_____
- 6、其他人員：符合，不符合 (請說明)：_____

(二) 護理服務設施 (請依「護理機構設置標準表」—精神護理之家之「護理服務設施」設置標準逐項查核)：

- 1、住房：符合，不符合 (請說明)：_____
- 2、復健服務設施：符合，不符合 (請說明)：_____
- 3、日常活動場所：符合，不符合 (請說明)：_____
- 4、衛浴設備：符合，不符合 (請說明)：_____
- 5、其他：符合，不符合 (請說明)：_____

(三) 建築物之設計構造與設備 (請依「護理機構設置標準表」—精神護理之家之「建築物之設計構造與設備」設置標準逐項查核)：

- 1、總樓地板面積：符合，不符合 (請說明)：_____

2、一般設施：符合，不符合（請說明）：_____

3、空調設備：符合，不符合（請說明）：_____

4、消防設備：符合，不符合（請說明）：_____

5、安全設備：符合，不符合（請說明）：_____

(四) 其他（請依「護理機構設置標準表」—精神護理之家之「其他」設置標準逐項查核）：

符合，不符合（請說明）：_____

三、綜合上述資料該機構：符合精神護理之家設置標準

不符合精神護理之家設置標準

_____縣（市）衛生局

查證人員簽章：_____

業務主管簽章：_____

備註：

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108年6月4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2段31號5樓）彙辦，以符合機構申請評鑑時效。