

擁抱認證
展現價值

診所美容醫學品質認證- OO診所

OOO負責人/醫師

大綱

擁抱認證
展現價值

- 診所簡介（發展目標、沿革）
- 診所特色與優勢
- 查核項目進行重點說明（可重點說明或依查核項目逐項說明）
 - ✓ 診所環境及儀器設備介紹
 - ✓ 人力配置及訓練內容
 - ✓ 服務流程介紹
 - ✓ 醫療照護處置作業流程
 - ✓ 緊急應變措施
 - ✓ 藥物管理機制
 - ✓ 美容醫學品質活動及成效
 - ✓ (機構可自行新增內容)
- 未來展望

診所簡介

擁抱認證
展現價值

- 成立緣起及目的
 - 請自行補述
- 發展目標、沿革
 - 請自行補述
- 服務項目
 - 如削骨、腹部整形、義乳植入之乳房整形、雷射、脈衝光...等，
請自行補述

診所特色與優勢

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

請自行補述 /
更換內容

客製化規劃

• 請自行補述內容

專業導向的服務

• 請自行補述內容

醫學中心級規格設備

• 請自行補述內容

全數為美容醫學相關部定專科醫師

• 請自行補述內容

查核項目進行重點說明-診所環境及儀器設備介紹

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

請自行更換內容



舒適環境



儀器設備

查核項目進行重點說明-人力配置及訓練內容

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

• 團隊成員

職類別	人數
整形外科醫師	3
皮膚科醫師	1
麻醉科醫師	1
護理師	5
行政人員	3

請自行補
述內容

• 訓練內容

- ✓ BLS
- ✓ ACLS
- ✓ 消防演練
- ✓ 洗手訓練
- ✓ ...

查核項目進行重點說明-服務流程介紹

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

擁抱認證
展現價值

- 呈現內容可包含自顧客進入診所開始，接待、評估需求、提供解說、執行療程或手術、後續服務及追蹤等流程介紹。

**請自行補
述內容**

查核項目進行重點說明-醫療照護處置作業流程(1/2)

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

請自行補
述內容

• 主要服務項目照護作業流程

請呈現機構主
要服務項目
SOP

範例

削骨 標準作業流程	肉毒桿菌素治療 標準作業流程
術前	治療前
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

• 麻醉照護作業流程

- ✓ 包含術前、術中、術後照護作業流程
- ✓ 針對機構提供之麻醉服務敘述作業流程

查核項目進行重點說明-醫療照護處置作業流程(2/2)

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

- 美容醫學處置同意書 (包含手術、光電及針劑注射治療等)

範例

肉毒桿菌素注射劑處置同意書 (範本)

病人姓名: _____ 病人出生日期: ____年__月__日
 病人病歷號碼: _____
 一、經 _____ 醫師診察後,建議實施處置(如醫學名詞不清楚,請加上簡要解釋)

1. 建議處置原因:
 2. 建議處置名稱:
 3. 各項費用: (單位:新臺幣元)

編號	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明(有告知項目打「V」)

1. 說明醫師:
 (1) 我已經以病人所能瞭解之方式,解釋這項處置之相關資訊,特別是下列事項:
 需實施處置之原因 不實施處置可能之後果
 其他可替代之處置方式 如有處置相關說明資料,我並已交付病人
 已告知此處置非屬急迫性質,不於說明當日進行,應經充分時間考慮後再決定施作與否。
 (2) 病人問題詢問與答復:
 (1).....
 (2).....

說明醫師簽名: _____ 日期: ____年__月__日
 時間: ____時__分
 醫師專科別及專科證書字號: _____

立同意書人簽名: _____ 日期: ____年__月__日
 (註1) _____ 時間: ____時__分
 (請立同意書人於說明醫師說明後簽署)

2. 執行醫師:
 (1) 我已經以病人所能瞭解之方式,解釋這項處置之相關資訊,特別是下列事項:
 處置步驟、範圍、風險、成功率 處置併發症及可能處理方式
 預期處置後,可能出現之暫時或永久症狀 如有處置相關說明資料,我並已交付病人
 (2) 病人問題詢問與答復:
 (1).....
 (2).....

執行醫師簽名: _____ 日期: ____年__月__日
 時間: ____時__分
 醫師專科別及專科證書字號: _____

三、病人之聲明
 1. 醫師已向我解釋,並且已給我充分時間瞭解施行這個處置目的、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋,並且已給我充分時間瞭解選擇其他處置方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋,並且已給我充分時間瞭解處置可能後果情況。
 4. 醫師已向我解釋,並且已給我充分時間瞭解此處置非屬急迫性質及充分時間考慮後決定施作此處置。

一般整形手術同意書 (範本)

病人姓名: _____ 病人出生日期: ____年__月__日
 病人病歷號碼: _____ 手術負責醫師姓名: _____
 一、擬實施之手術(如醫學名詞不清楚,請加上簡要解釋)

1. 建議手術名稱(部位):
 2. 建議手術原因: (有差別區別者,請加註部位)
 3. 各項費用: (單位:新臺幣元)

編號	項目名稱	自費費用	地方衛生主管機關核定收費
1			
2			
3			
4			

二、醫師之聲明(有告知項目打「V」,無告知項目打「X」)

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式,解釋這項手術之相關資訊,特別是下列事項:
 需實施手術之原因、手術步驟與範圍、手術之風險及成功率、輸血之可能性
 手術併發症及可能處理方式
 不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式
 預期手術後,可能出現之暫時或永久症狀
 此手術非屬急迫性質,不於說明當日進行手術,應經充分時間考慮後再決定施作與否。
 如有手術相關說明資料,我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間,詢問下列有關本次手術的問題,並給予答覆:
 (1).....
 (2).....
 (3).....

手術負責醫師簽名: _____ 日期: ____年__月__日
 時間: ____時__分
 醫師專科別及專科證書字號: _____

三、病人之聲明
 1. 醫師已向我解釋,並且我已經瞭解施行這個手術之必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
 2. 醫師已向我解釋,並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
 3. 醫師已向我解釋,並且我已經瞭解手術可能後果情況和不進行手術的風險。
 4. 我瞭解這個手術必要時可能會輸血;我同意不同意輸血。
 (醫療法第63條規定但如情況緊急,不在此限)
 5. 針對我的情況、手術之進行、治療方式等,我能夠向醫師提出問題和疑慮,並已獲得說明。
 6. 我瞭解在手術過程中,如果因治療之必要而切除器官或組織,醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查處置,並且在之後會謹慎依法處理。
 7. 我瞭解這個手術無法保證一定能改善病情。
 8. 醫師已給我充分時間考慮是否接受施作。
 基於上述聲明,我同意進行此手術。

立同意書人簽名: _____ 關係: 病人之 _____ 電話: (0) _____
 日期: ____年__月__日
 住址: _____ 時間: ____時__分

見證人簽名: _____ 不需見證人,簽名: _____ 日期: ____年__月__日
 時間: ____時__分
 附註:
 一、一般手術的風險

請自行補述內容

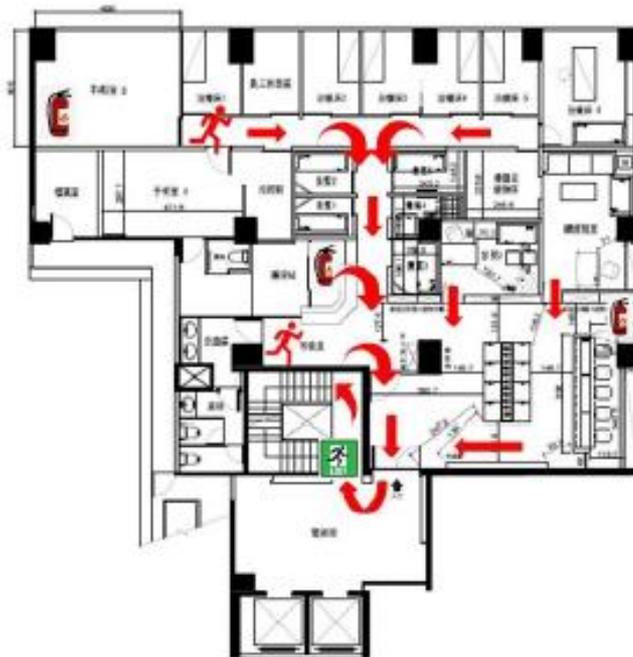
查核項目進行重點說明-緊急應變措施

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

- 呈現內容可包含依據機構本身可能發生之所有緊急狀況，至少須提供含火災、停電等緊急應變作業程序或流程

請自行補
述內容

機構逃生路線圖



緊急應變SOP

火災

1.
2.
3.
4.

停電

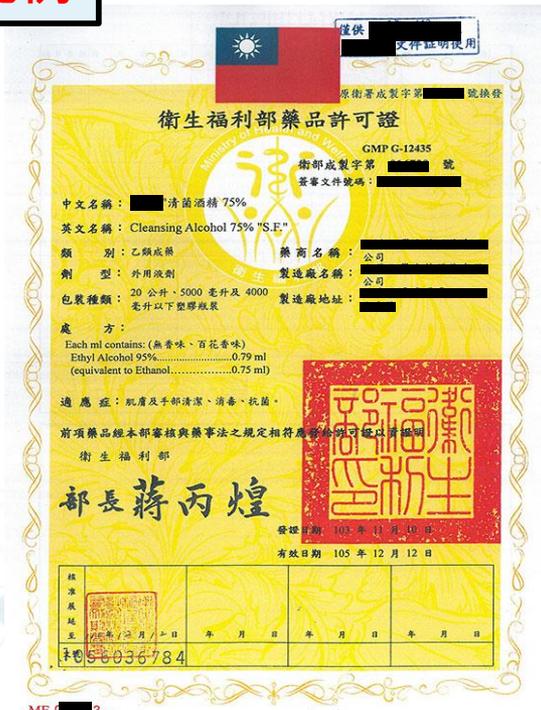
1.
2.
3.
4.

查核項目進行重點說明-藥物管理機制

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

- 藥物包含注射劑、植入物、管制藥品等。
- 呈現內容可包含藥物輸入或製造許可證明、溫度監測紀錄、管制藥物管理規範等藥物管理機制。

範例



管制藥品認購憑證 (參考格式)

銷售業者	名稱： 管制藥品登記證字號： 地址： 電話：								
	銷售日期								
銷售藥品資料	品名	藥品許可證字號	製造廠名稱	管制藥品成分含量	管制類別	批號	包裝規格	單位	數量
	共計 項								
上述藥品業經點收無訛 承購機構(業者)負責人或管制藥品管理人簽名： 簽收日期：									
承購機構(業者)	名稱： 管制藥品登記證字號： 地址： 電話：								

請自行補
述內容

查核項目進行重點說明-美容醫學品質活動及成效

(可搭配照片、圖片、圖表加強說明)

請自行補
述內容

- 呈現如顧客滿意度調查

調查期間	滿意度 (%)
107年上半年	95%
107年下半年	97%
108年上半年	92%
108年下半年	99%

- 可呈現如學術發表、品質競賽...等 (視需要呈現)

未來展望

擁抱認證
展現價值

- 請自行補述內容

謝謝聆聽 敬請指教