

兒童醫院開業登記事項查證回復單

本院申請參加 112 年度兒童醫院評鑑，申請類別為：

1. 兒童醫學中心評鑑及兒童教學醫院(醫學中心)評鑑
2. 兒童區域醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑
3. 兒童地區醫院評鑑(同時申請兒童教學醫院評鑑)
4. 兒童地區醫院評鑑(不申請兒童教學醫院評鑑)

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)/政府衛生局

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(請呈現填表當日之資料)

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	○為公立或醫療法人醫院 ○非為公立或醫療法人醫院	○為公立或醫療法人醫院 ○非為公立或醫療法人醫院	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
執業登記	於評鑑申請截止日前領有開業執照 ○是 ○否	於評鑑申請截止日前領有開業執照 ○是 ○否	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
醫療機構代碼(10碼)			○兩者資料相同 ○不同(請說明)
登記開業日期	____年____月____日	____年____月____日	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
專任醫師人數	西醫：____位、中醫：____位 牙醫：____位	西醫：____位、中醫：____位 牙醫：____位	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
急性一般病床數	共____床	共____床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
精神急性一般病床數	共____床	共____床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
精神慢性一般病床數	共____床	共____床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
特殊病床數	共____床，包含： 加護病床____床 燒傷加護病床____床；燒傷病床____床 急診觀察病床____床；觀察病床____床 其他觀察病床____床 普通隔離病床____床 正壓隔離病床____床 負壓隔離病床____床 嬰兒病床____床；嬰兒床____床 手術恢復床____床 血液透析床____床 腹膜透析病床____床 安寧病床____床 精神科加護病床____床 亞急性呼吸照護病床____床 慢性呼吸照護病床____床 骨髓移植病床____床 性侵害犯罪加害人強制治療病床____床	共____床，包含： 加護病床____床 燒傷加護病床____床；燒傷病床____床 急診觀察病床____床；觀察病床____床 其他觀察病床____床 普通隔離病床____床 正壓隔離病床____床 負壓隔離病床____床 嬰兒病床____床；嬰兒床____床 手術恢復床____床 血液透析床____床 腹膜透析病床____床 安寧病床____床 精神科加護病床____床 亞急性呼吸照護病床____床 慢性呼吸照護病床____床 骨髓移植病床____床 性侵害犯罪加害人強制治療病床____床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)

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）
	急性後期照護病床____床 整合醫學急診後送病床____床 戒護病床____床	急性後期照護病床____床 整合醫學急診後送病床____床 戒護病床____床	
醫療服務設施	<input type="checkbox"/> 急診室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 精神科日間照護 <input type="checkbox"/> 甲類安寧居家療護 <input type="checkbox"/> 安寧共同照護 <input type="checkbox"/> 收治呼吸器依賴病人 <input type="checkbox"/> 精神科醫師支援報備 <input type="checkbox"/> 牙醫師支援報備	<input type="checkbox"/> 急診室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 精神科日間照護 <input type="checkbox"/> 甲類安寧居家療護 <input type="checkbox"/> 安寧共同照護 <input type="checkbox"/> 收治呼吸器依賴病人 <input type="checkbox"/> 精神科醫師支援報備 <input type="checkbox"/> 牙醫師支援報備	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明) _____
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"/> 急診醫學科 <input type="checkbox"/> 整型外科 <input type="checkbox"/> 職業醫學科 <input type="checkbox"/> 西醫一般科 <input type="checkbox"/> 牙醫一般科 <input type="checkbox"/> 口腔顎面外科 <input type="checkbox"/> 口腔病理科 <input type="checkbox"/> 齒顎矯正科 <input type="checkbox"/> 牙周病科 <input type="checkbox"/> 兒童牙科 <input type="checkbox"/> 牙髓病科 <input type="checkbox"/> 鑲復補綴牙科 <input type="checkbox"/> 牙體復形科 <input type="checkbox"/> 家庭牙醫科 <input type="checkbox"/> 特殊需求者口腔醫學科 <input type="checkbox"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他_____	<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"/> 急診醫學科 <input type="checkbox"/> 整型外科 <input type="checkbox"/> 職業醫學科 <input type="checkbox"/> 西醫一般科 <input type="checkbox"/> 牙醫一般科 <input type="checkbox"/> 口腔顎面外科 <input type="checkbox"/> 口腔病理科 <input type="checkbox"/> 齒顎矯正科 <input type="checkbox"/> 牙周病科 <input type="checkbox"/> 兒童牙科 <input type="checkbox"/> 牙髓病科 <input type="checkbox"/> 鑲復補綴牙科 <input type="checkbox"/> 牙體復形科 <input type="checkbox"/> 家庭牙醫科 <input type="checkbox"/> 特殊需求者口腔醫學科 <input type="checkbox"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明) _____

◎回復意見（衛生局填寫）

一、整體而言，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，業已完成輸入「醫事機構評鑑管理系統」及「醫事管理系統」中。
 三、煩請貴局於 112 年 5 月 19 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，以符合醫院申請評鑑時效。

縣（市）/政府衛生局 查證人員： _____ 簽章
 業務主管： _____ 簽章