編號：_____

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，並請將結果通知衛生福利部精神照護機構評鑑業務委託協辦單位。

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	○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 (原發照日期)	年　　月　　日	年　　月　　日	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
專任醫師人數	位	位	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
急性一般病床數 (開放床數)	共　　床	共　　床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
精神急性一般病床數(開放床數)	共　　床	共　　床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
精神慢性一般病床數(開放床數)	共　　床	共　　床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
特殊病床數 (開放床數)	共　　床，包含血液透析床　　床、精神科加護病床　　床、其他　　床	共　　床，包含血液透析床　　床、精神科加護病床　　床、其他　　床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
總病床數[註1] (開放床數)	共　　床	共　　床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
精神科日間照護單位（人數）	人	人	○兩者資料相同 ○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	□家庭醫學科□內科□外科□兒科 □婦產科□骨科□神經科□神經外科 □泌尿科□耳鼻喉科□眼科□皮膚科 □精神科□復健科□麻醉科 □放射診斷科□放射腫瘤科 □放射線科（核醫）□解剖病理科 □臨床病理科□核子醫學科 □急診醫學科□整形外科 □職業醫學科□西醫一般科 □齒顎矯正科□牙醫一般科 □口腔病理科□口腔顎面外科 □中醫一般科□其他	□家庭醫學科□內科□外科□兒科 □婦產科□骨科□神經科□神經外科 □泌尿科□耳鼻喉科□眼科□皮膚科 □精神科□復健科□麻醉科 □放射診斷科□放射腫瘤科 □放射線科（核醫）□解剖病理科 □臨床病理科□核子醫學科 □急診醫學科□整形外科 □職業醫學科□西醫一般科 □齒顎矯正科□牙醫一般科 □口腔病理科□口腔顎面外科 □中醫一般科□其他	○兩者資料相同 ○不同(請說明)

◎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：　　簽章

業務主管：　　簽章

備註：本回復單僅為範本，煩請貴局於○○○年○○月○○日前至「精神照護機構評鑑管理資訊系統」填寫，完成後點選送出並下載用印，逕行掃描電子檔提供予本部精神照護機構評鑑業務委託協辦單位，以符合醫院申請評鑑時效。