

精神護理之家開業登記事項查證回復單（範本）

000 年精神護理之家開業登記事項查證回復單

000年 00月 00日

本機構參加_____年度精神護理之家評鑑，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

申請機構：

負責人：

填表人：

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="radio"/> 公立機構 <input type="radio"/> 私立機構 <input type="radio"/> 法人或其他團體附設護理機構	1.機構屬性 <input type="radio"/> 公立機構 <input type="radio"/> 私立機構 <input type="radio"/> 法人或其他團體附設護理機構	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 ➢ 設有日間照護： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	2.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 ➢ 設有日間照護： <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）
3.機構代碼：	3.機構代碼：	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同（請說明）
5.負責人：	5.負責人：	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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「護理之家設置基準」—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、臨床心理人員：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「護理之家設置基準」—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「護理之家設置基準」—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「護理之家設置基準」—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基準

不符合精神護理之家設置基準

_____ 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. 本回復單僅為範本，煩請貴局於○年○月○日前至本部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，以符合機構申請評鑑時效。