

兒童醫院開業登記事項查證回復單

醫院名稱：_____，醫療機構代碼：_____，登記開業日期：____年____月____日

本院申請參加 113 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
4. 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）
急性一般病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
慢性一般病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
精神 急性一般病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
精神 慢性一般病床數	共_____床	共_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
特殊病床數	共_____床，包含： 加護病床_____床 精神科加護病床_____床 燒傷加護病床_____床；燒傷病床_____床 亞急性呼吸照護病床_____床 慢性呼吸照護病床_____床 普通隔離病床_____床 正壓隔離病床_____床 負壓隔離病床_____床 骨髓移植病床_____床 安寧病床_____床 嬰兒病床_____床；嬰兒床_____床 血液透析床_____床 腹膜透析病床_____床 手術恢復床_____床 急診觀察病床_____床；觀察病床_____床 其他觀察病床_____床 性侵害犯罪加害人強制治療病床_____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；司法精神病床_____床	共_____床，包含： 加護病床_____床 精神科加護病床_____床 燒傷加護病床_____床；燒傷病床_____床 亞急性呼吸照護病床_____床 慢性呼吸照護病床_____床 普通隔離病床_____床 正壓隔離病床_____床 負壓隔離病床_____床 骨髓移植病床_____床 安寧病床_____床 嬰兒病床_____床；嬰兒床_____床 血液透析床_____床 腹膜透析病床_____床 手術恢復床_____床 急診觀察病床_____床；觀察病床_____床 其他觀察病床_____床 性侵害犯罪加害人強制治療病床_____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；司法精神病床_____床	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
醫療服務設施	<input type="checkbox"/> 急診室； <input type="checkbox"/> 手術台_____台 <input type="checkbox"/> 產台_____台； <input type="checkbox"/> 診療室_____間 <input type="checkbox"/> 精神科日間照護_____服務量 <input type="checkbox"/> 牙醫師支援報備 <input type="checkbox"/> 牙科治療台_____台	<input type="checkbox"/> 急診室； <input type="checkbox"/> 手術台_____台 <input type="checkbox"/> 產台_____台； <input type="checkbox"/> 診療室_____間 <input type="checkbox"/> 精神科日間照護_____服務量 <input type="checkbox"/> 牙醫師支援報備 <input type="checkbox"/> 牙科治療台_____台	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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)
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"/> 植牙科 <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"/> 植牙科 <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) _____
人員配置 (人數)	西醫：____人、中醫：____人 牙醫：____人 藥事人員共____人，分別為 藥師____人，藥劑生____人 護產人員共____人，分別為 護士____人；護理師____人； 助產師____人；助產士____人 醫事檢驗人員共____人，分別為 醫事檢驗師____人；醫事檢驗生____人 鑲牙生____人；中藥員____人 齒模員____人；接骨員____人 物理治療師____人；物理治療生____人 職能治療師____人；職能治療生____人 醫事放射人員共____人，分別為 醫事放射師____人；醫事放射士____人 呼吸治療師____人；諮商心理師____人 臨床心理師____人；營養師____人 語言治療師____人； 牙體技術師____人；牙體技術生____人 驗光師____人；驗光生____人； 聽力師____人；公共衛生師____人； 臨床社會工作人員____人； 社會工作師____人；社會工作人員____人	西醫：____人、中醫：____人 牙醫：____人 藥事人員共____人，分別為 藥師____人，藥劑生____人 護產人員共____人，分別為 護士____人；護理師____人； 助產師____人；助產士____人 醫事檢驗人員共____人，分別為 醫事檢驗師____人；醫事檢驗生____人 鑲牙生____人；中藥員____人 齒模員____人；接骨員____人 物理治療師____人；物理治療生____人 職能治療師____人；職能治療生____人 醫事放射人員共____人，分別為 醫事放射師____人；醫事放射士____人 呼吸治療師____人；諮商心理師____人 臨床心理師____人；營養師____人 語言治療師____人； 牙體技術師____人；牙體技術生____人 驗光師____人；驗光生____人； 聽力師____人；公共衛生師____人； 臨床社會工作人員____人； 社會工作師____人；社會工作人員____人	<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113年5月17日(五)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