

113 年度兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑申請、申報說明 目錄

壹、評鑑申請方式	2
貳、評鑑申報資料繳交方式	2
參、實地評鑑前一週週一提供資料	4
肆、實地評鑑當日之資料準備	4
伍、其他注意事項	4

兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑申請、申報說明

衛生福利部（以下簡稱衛福部）委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱本會）辦理本（113）年度兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑申請、申報，並依據「113 年度兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑作業程序」訂定本說明，以協助醫院進行申請、申報作業（評鑑申請流程請參照附件一，P.6）。

壹、評鑑申請方式：

一、申請期限：自 113 年 5 月 6 日起至 113 年 5 月 15 日止（逾期不受理）。

二、申請資料繳交：

（一）請逕至本會網站（網址：<http://www.jct.org.tw>，路徑：評鑑與訪查→兒童醫院評鑑→表單下載），下載並填寫「兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑申請書」及「申請評鑑聲明書」。

（二）列印「兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑申請書」（含評鑑申請注意事項）及「申請評鑑聲明書」紙本各一份（A4 紙張雙面列印），並完成負責醫師簽章、關防及騎縫章。

（三）檢備醫療機構開業執照影本。

（四）申請資料繳交方式：於申請期限內，檢齊前開第 2-3 項所述資料後，由專人送達或掛號郵寄（免備文，以郵戳為憑）至本會（地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓；電話：02-8964-3000 分機 3058 林小姐、3059 林小姐），逾期不受理。

三、醫院開業登記事項查證：

（一）請逕至本會網站下載並填寫「兒童醫院開業登記事項查證回復單」（範本如附件二，P.7）。

（二）「兒童醫院開業登記事項查證回復單」填寫完成後，寄送予轄屬衛生局進行查證，並由衛生局將查證結果寄回本會，醫院無需另行郵寄紙本予本會。

四、如有相關證明文件未備齊，將由本會另行通知，請於截止日起 5 日內完成補件。

五、為維護貴院權利，若有未申請評鑑之院區，其健保給付資格，請貴院逕洽所屬健保業務組確認。

貳、評鑑申報資料繳交方式：

一、繳交期限：依實地評鑑週別，於前一個月 10 日為「評鑑申報資料繳交日期」，遇假日則順延，請參照本會公文（週通知）辦理。

二、申報資料繳交方式：

- (一) 請逕至本會網站（網址：<http://www.jct.org.tw>，路徑：評鑑與訪查→兒童醫院評鑑→表單下載）下載「基本資料表」、「補充資料表」、「自評表」、「可免評條文確認表」及「實地評鑑前之月平均人力統計表」電子檔，填寫前請務必詳閱申報繳交資料說明。
- (二) 各申報資料的檔案名稱，請命名為「檔案名稱-機構代碼-機構名稱（全銜）」，填寫完請以電子郵件方式寄至本會服務信箱(acctrk@jct.org.tw)。
- (三) 本年度評鑑資料繳交期限截止後，即不再受理抽換及補件作業，若資料有需要更正則請醫院於實地評鑑時提出說明。

三、申報資料繳交內容：請參照「表 1、評鑑申報資料清單一覽表-申請兒童醫學中心適用」及「表 2、評鑑申報資料清單一覽表-申請兒童區域醫院、兒童地區醫院適用」。

- (一) 基本資料表：係由受評醫院針對全院整體性統計資料及現況進行填報。
- (二) 評鑑補充資料表：係參照各類評鑑基準及評量項目進行相關統計資料及現況進行填報。請同時檢附最近一次消防檢查及建築檢查公文及附件。
- (三) 自評表：係由受評醫院參照各類評鑑基準及評量項目，自我評量各項基準達成程度。
- (四) 可免評條文確認表：係由受評醫院依兒童醫院評鑑基準所列之可免評條件（共計 4 條），進行不適用評量項目之勾選。
- (五) 實地評鑑前之月平均人力統計表：係統計 109 年 1 月 1 日（或自開業日期）起至實地評鑑前二個月，包含各月第 1 日之實際人力數以及人力計算相關統計資料。
- (六) 樓層配置說明：由受評醫院簡述院內各樓層之單位配置概況，格式不拘（非平面圖）。
- (七) 教學醫院評鑑共同查證單位之樓層配置說明：由受評醫院簡述院內圖書館、教材室、研究室、模擬訓練場所之樓層配置概況，格式不拘（非平面圖）。【僅申請「兒童地區醫院評鑑」者毋須填報本表】
- (八) 醫院簡報：實地評鑑當日「醫院簡報」時段之全院性簡報電子檔（檔案類型 pdf 檔），檔案大小建議至多 25MB。
- (九) 前次評鑑意見改進情形一覽表（初次申請評鑑者免備）。

表 1、評鑑申報資料清單一覽表-申請兒童醫學中心適用

繳交資料	基本資料表	補充資料表 (第 1 篇) ^註 (第 2 篇) (第 3 篇)	自評表	可免評 條文確 認表	實地評鑑 前之月平 均人力統 計表	樓層 配置 說明	教學醫院評 鑑共同查證 單位之樓層 配置說明	醫院 簡報	前次評鑑 意見改進 情形一覽 表
申請類別	word 或 pdf			excel	word 或 pdf				
檔案類型	word 或 pdf			excel	word 或 pdf				
兒童醫學中心	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
註：評鑑補充資料表第 1 篇，請同時檢附最近一次消防檢查及建築檢查公文及附件。									

表 2、評鑑申報資料清單一覽表-申請兒童區域醫院、兒童地區醫院適用

繳交資料	基本資料表	補充資料表		自評表		可免 評條 文確 認表	實地評 鑑前之 月平均 人力統 計表	樓層 配置 說明	教學醫院 評鑑共同 查證單位 之樓層配 置說明	醫 院 簡 報	前次評 鑑意見 改進情 形一覽 表
		醫院評鑑 補充資料 表 (第 1 篇) ^註 (第 2 篇)	教學醫院 評鑑補充 資料表 (第 1-6 章)	醫院 評鑑 自評 表	教學 醫院 評鑑 資料 表						
申請類別	word 或 pdf		word 或 pdf		excel	word 或 pdf					
檔案類型	word 或 pdf		word 或 pdf		excel	word 或 pdf					
兒童區域醫院	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
兒童地區醫院	✓	✓		✓		✓	✓	✓		✓	✓
兒童教學醫院	✓		✓		✓			✓	✓	✓	✓
註：評鑑補充資料表第 1 篇，請同時檢附最近一次消防檢查及建築檢查公文及附件。											

參、請於實地評鑑前一週週一中午前提供下列資料（電子檔）：

- 一、實地評鑑進程序之會場安排：請參照「兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑進行方式及時間分配表」所列時段標明會場。
- 二、實地評鑑期間主要聯絡人及各領域資料查證負責人及聯絡方式。

肆、實地評鑑當日之資料準備：

- 一、貴院最近半年新進人員名單（含行政人員），並請標註姓名、到職日、前一服務機構或單位等資料。
- 二、申請【兒童醫學中心評鑑、兒童區域醫院評鑑】者，再提供下列資料：
 - （一）依貴院所申請之職類別，請提供評鑑當月實習（醫）學生名單、住院醫師、新進中醫師、受訓人員名單，並標註實地評鑑期間是否在院（標註方式以日為單位）。
 - （二）請依本會提供之各職類醫事人員教師及受訓人員名單，標註實地評鑑期間各天是否在院或班別、及護理病房科別（標註方式以日為單位）。

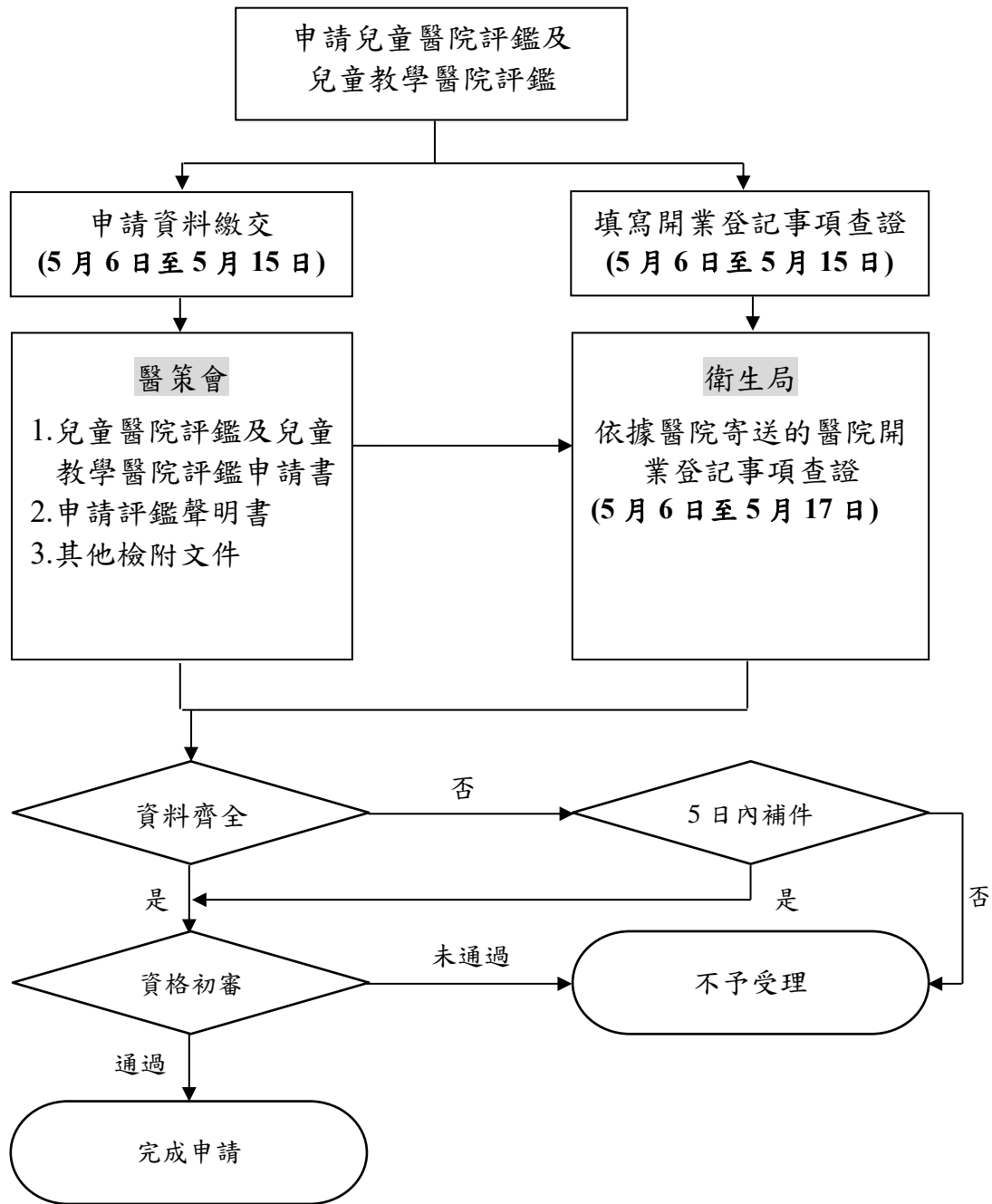
伍、有關既定之評鑑行程，原則上不予調整；如遇下列情形之一者，其辦理原則如下：

- 一、實地評鑑期間，如遇受評醫院所在地之縣市政府，因天然災害發布停班時，應中止實地評鑑作業，改採書面審查或擇期接續實地評鑑方式完成評鑑作業。

前述實地評鑑中止及後續處理，由衛福部或本會通知醫院。

二、中央流行疫情指揮中心成立期間，依指揮官發布之管制、限制、禁止或其他防疫措施，適時調整評鑑作業。

附件一、113 年兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑申請流程



註：

1. 申請資料繳交確認後，公文通知實地評鑑週別。
2. 完成申請後，依實地評鑑週別，於前一月 10 日繳交評鑑申報資料（如遇假日則予順延）。

附件二、兒童醫院開業登記事項查證回復單（範本）

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"/> 覆復補綴牙科 <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"/> 覆復補綴牙科 <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_____	○兩者資料相同 ○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	○兩者資料相同 ○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