

附件三、醫院開業登記事項查證回復單

醫院開業登記事項查證回復單

本院申請參加○○○年度兒童醫院評核：

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

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	於評核申請截止日前領有開業執照 ○是 ○否	於評核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(含口腔顎面外科、口腔 病理科、齒顎矯正科)	西醫：___位；中醫：___位 牙醫：___位(含口腔顎面外科、口腔 病理科、齒顎矯正科)	○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，包含嬰兒床___床、血液 透析床___床、其他___床	共___床，包含嬰兒床___床、血液透 析床___床、其他___床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____
總病床數 ^{註1}	共___床	共___床	○兩者資料相同 ○不同(請說明)_____

註1：病床數以登記開放床數計；總病床數係指急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、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	<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"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 職業醫學科 <input type="checkbox"/> 西醫一般科 <input type="checkbox"/> 齒顎矯正科 <input type="checkbox"/> 牙醫一般科 <input type="checkbox"/> 口腔病理科 <input type="checkbox"/> 口腔顎面外科 <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"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 職業醫學科 <input type="checkbox"/> 西醫一般科 <input type="checkbox"/> 齒顎矯正科 <input type="checkbox"/> 牙醫一般科 <input type="checkbox"/> 口腔病理科 <input type="checkbox"/> 口腔顎面外科 <input type="checkbox"/> 中醫一般科 <input type="checkbox"/> 其他___	<input type="checkbox"/> 兩者資料相同 <input type="checkbox"/> 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」及「醫事人員管理系統」中。

(註：務請完成輸入，以免影響該院之評核成績。)

縣(市)/政府衛生局 查證人員： 簽章

業務主管： 簽章

備註：本回復單煩請貴局於○○○年○○月○○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，以符合醫院申請評核時效。