

復健業務檢附資料：

- (1) 人員：
 - ①醫師：專任醫師之專科證書及執業照影本。
 - ②物理治療人員：
 - a. 執業執照影本
 - b. 物理治療師證書正反面影本
 - ③職能治療人員：
 - a. 執業執照影本
 - b. 職能治療師證書正反面影本
 - ④聽力治療人員：
 - a. 執業執照或在職訓練證明或治療師資格鑑定合格證明書或儲訓班結業證書
 - b. 聽力語言治療人員證書正反面影本或畢業證書、身分證影本
 - ⑤語言治療人員
 - a. 以辦理執業登記者為限
 - b. 以 102 年 7 月 2 日前符合語言治療師法第 2 條及第 58 條第一項應考資格者
 - c. 耳鼻喉科之語言治療治療師不列計名額
- (2) 設備一覽表及證明（如發票影本）、設備照片、設備明細
- (3) 治療空間平面圖（標示：設備名稱及算式）
- (4) 作業流程表及復健治療單
- (5) 復健業務申請單

全民健康保險特約醫療院所申辦復健業務檢核表

特約醫療院所名稱：_____（機構代號：_____）

特約類別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層醫療單位

申辦項目：物理治療 職能治療 聽力治療 語言治療

項目	醫 事 人 力	證書、執照及其他訓練證明
醫師	復健專科醫師_____位 姓名(ID)_____ (_____)	專科醫師證書字號_____字第_____號 (專科證書效期___/___/___~___/___/___)
治療人員	【基層診所】 1. 物理治療師_____位、物理治療生_____位 姓名(ID): _____ (_____) 姓名(ID): _____ (_____)	_____衛物師(生)執第_____號 _____衛物師(生)執第_____號
	2. 職能治療專業人員_____位 姓名(ID): _____ (_____)	_____衛職師執第_____號 畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)
	3. 聽力治療專業人員_____位 姓名(ID)_____ (_____)	聽力治療訓練證明: 畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)
	4. 語言治療專業人員_____位 姓名(ID)_____ (_____)	語言治療訓練證明: 畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)
	【地區醫院以上層級】 <u>一、符合設置條件之治療人員</u> <input type="checkbox"/> 物理治療專業人員_____位 姓名(ID): _____ (_____) 姓名(ID): _____ (_____)	_____衛物師(生)執第_____號 _____衛物師(生)執第_____號
	<input type="checkbox"/> 職能治療專業人員_____位 姓名(ID): _____ (_____)	_____衛職師執第_____號 畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)
	<input type="checkbox"/> 聽力治療專業人員_____位 姓名(ID): _____ (_____)	聽力治療訓練證明: 畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)
	<input type="checkbox"/> 語言治療專業人員_____位 姓名(ID)_____ (_____)	語言治療訓練證明: 畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)
	<u>二、其他治療人員</u> <input type="checkbox"/> 物理治療人員_____位 姓名(ID): _____ (_____) 姓名(ID): _____ (_____)	_____衛物師(生)執第_____號 _____衛物師(生)執第_____號
	<input type="checkbox"/> 職能治療專業人員_____位 姓名(ID): _____ (_____)	畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)
<input type="checkbox"/> 聽力治療專業人員_____位 姓名(ID): _____ (_____)	畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)	
<input type="checkbox"/> 語言治療專業人員_____位 姓名(ID): _____ (_____)	畢業學校: _____ (畢業證書字號: _____)	
空間	治療面積: 物理治療_____m ² 、職能治療_____m ² 、聽力治療_____m ² 、語言治療_____m ² (復健治療業務設置樓層_____ : 檢附平面圖)	

申請日: _____年____月____日

全民健康保險特約醫療院所辦理物理治療業務申請表

特約醫療機構代號 _____

特約醫療機構名稱 _____

物理治療設備：(自行勾選填寫)

- | | | | |
|------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 頸部牽引裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 微波治療器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 腰部牽引裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 向量干擾波治療器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 冷敷裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 經皮神經電刺激器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 熱敷裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 高伏特刺激器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 紅外線照燈 | 數量： | <input type="checkbox"/> 低能雷射治療器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 石蠟浴裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 紫外線照燈及附件 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 超音波治療器及附件 | 數量： | <input type="checkbox"/> 磁場治療器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 短波治療器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 促進循環波動治療器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： |
| <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： |
| <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： |

依該機構所設置之物理治療設備審核，擬同意
實施下列物理治療項目：(保健署核定)

簡單治療項目：

- PTS1 牽引
- PTS2 治療性冷\熱敷
- PTS3 紅外線
- PTS4 石蠟浴
- PTS5 超音波
- PTS6 短波
- PTS7 微波
- PTS8 向量干擾
- PTS9 經皮神經電刺激
- PTS10 超高頻
- PTS11 低能雷射治療
- PTS12 紫外線
- PTS13 磁場治療
- PTS14 循環治療
- PTS15 其他

- | | | | |
|---------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 肌肉電刺激器及附件 | 數量： | <input type="checkbox"/> 血壓計 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 固定或活動式上肢水療裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 可調式三節治療床組 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 固定或活動式下肢水療裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 姿勢矯正鏡 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 哈博氏全身水療槽 | 數量： | <input type="checkbox"/> 治療鏡 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 治療床組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 治療球 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 治療鋪墊 | 數量： | <input type="checkbox"/> 站立架 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 懸吊床組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 滑板 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 牽拉固定帶或棍 | 數量： | <input type="checkbox"/> 平衡桿 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 滑輪重量組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 搖晃板 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 肩輪 | 數量： | <input type="checkbox"/> 助行器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 指梯 | 數量： | <input type="checkbox"/> 等速肌力訓練系統 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 分隔欄架組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 急救車 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 腕部訓練組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 心電圖監視系統 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 手部內、外旋訓練裝置 | 數量： | <input type="checkbox"/> 血氧飽和偵測儀 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 手動或電動式傾斜床 | 數量： | <input type="checkbox"/> 三節式姿引引流床或一般 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 砂袋或啞鈴組 | 數量： | 治療床組 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 阻力橡皮帶組 | 數量： | <input type="checkbox"/> 簡易肺功能測量儀 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 手臂肌力訓練器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 吸吐氣口壓測量器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 股四頭肌訓練器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 呼吸訓練皮帶、球 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 腳踏車 | 數量： | <input type="checkbox"/> 節拍器 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 手搖車 | 數量： | <input type="checkbox"/> 斜坡道 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 跑步機 | 數量： | <input type="checkbox"/> 樓梯 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 計時器 | 數量： | <input type="checkbox"/> 障礙板 | 數量： |
| <input type="checkbox"/> 平行桿走道 | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： |
| <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： |
| <input type="checkbox"/> | 數量： | <input type="checkbox"/> | 數量： |

中度治療項目：

- PTM1 肌肉電刺激
- PTM2 上肢水療
- PTM3 下肢水療
- PTM4 全身水療
- PTM5 被動性關節運動
- PTM6 牽拉運動
- PTM7 運動治療
- PTM8 傾斜台訓練
- PTM9 肌力訓練
- PTM10 耐力訓練
- PTM11 按摩
- PTM12 鬆動術
- PTM13 姿態訓練(含步態訓練及姿勢訓練)
- PTM14 其他

複雜治療項目：

- PTC1 促進技術
- PTC2 平衡訓練
- PTC3 義肢訓練
- PTC4 等速肌力訓練
- PTC5 心肺功能訓練
- PTC6 行走訓練
- PTC7 其他

審查醫師審核意見：(保健署核定)

物理治療評估

審查醫師簽章：

經		複		科		批	
辦		核		長		示	

