

全民健康保險特約醫療機構辦理語言治療業務自評表

一、特約醫療機構名稱：_____ 特約醫療機構代號：_____

二、語言治療設備項目：※本欄之設備並非絕對必要

名稱	數量	名稱	數量
語言訓練學習機		錄音機	
音聲分析儀		節拍器	
鼻壓測量儀			
發音部位解剖模型			

三、依設置之語言治療設備審核，本醫療機構能實施下列哪些語言治療項目：

語言治療項目	請勾選	語言治療項目	請勾選
ST1 聽能瞭解訓練		ST10 發音部位法	
ST2 口語訓練		ST11 聽辨訓練	
ST3 輔導溝通法		ST12 節律訓練	
ST4 認讀訓練		ST13 視聽迴饋法	
ST5 書寫訓練		ST14 語言分析	
ST6 視知覺訓練		ST15 其他（請具體述明項目）	
ST7 高階層認知訓練		語言治療評估	
ST8 觸覺肌動法			
ST9 口腔動作訓練			

四、本醫療機構保證以上自評項目均係屬實，且遵守全民健康保險相關規定，日後如有不符，同意貴署依規定處置。

請蓋醫事機構合約大印	負責醫事人員合約印鑑
------------	------------