

各地方政府參與 COVID-19 確診個案居家照護之醫事機構名單調查表

縣市：_____

提報日期(西元年/月/日)：_____

一、執行個案管理之指定醫療機構

序號	醫療機構名稱	醫事機構代碼	執行之個案管理項目		備註
			初次評估	遠距諮詢照護	
範例	王大明診所	3531060000		X	
1					
2					
3					
	(表格如不敷使用請自行增列)				

二、各地方政府依轄區藥事資源分布情形，將藥事資源不足地區之衛生局/所或醫院納入參與送藥到宅服務之衛生局/所或醫院*

序號	衛生局/所或醫院名稱	醫事機構代碼	鄉鎮市區	納入原因		備註
				原住民族地區 及離島地區	社區藥局 布點不足	
範例	秀林鄉衛生所	2345110010	秀林鄉	X	X	
1						
2						
3						
	(表格不敷使用請自行增列)					