

醫事服務機構申請為全民健康保險特約醫院填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請辦理業務欄勾選辦理之業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、申請為地區醫院、區域醫院或醫學中心者，應經衛生福利部醫院評鑑合格；未參加評鑑或經評鑑不合格者，應勾選基層醫療單位；新設立未及參加評鑑之醫院，應為衛生福利部最近一次醫院評鑑公告取得開業執照期限後設立者，並應檢附當地衛生主管機關證明文件影本。
- 三、申請醫院名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 四、醫院開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、醫院代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、診療科別請依當地衛生主管機關核准登記之科別勾選。
- 三、醫事人員數欄內請填入領有執業執照之各類醫事人員人數。
- 四、昂貴或具有危險性設備欄請填衛生主管機關核准登記數，一、三、四、五項並請檢附行政院原子能委員會核發之設備登記證及所在地直轄市或縣（市）主管機關核發之操作執照影本。
- 五、病床數欄請依當地衛生主管機關核准登記開放之病床數填寫。
- 六、醫事人員簡歷欄位填寫醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫用放射線技術師（士）、護理師、護士、助產士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、聽力語言治療人員及營養師17類人員，本表不敷使用時，請另以附頁說明，並檢附填列之該等醫事人員執業執照正反面影本。
- 七、專科醫師資格欄不限填一科（有填寫者，請檢附該專科證書影本）。
- 八、醫事服務機構性質勾選合夥者，應檢附經該管法院公證之合夥文件。
- 九、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

參：醫事服務機構病床及設備資料表部分：

- 一、本表各類病床之保險病床數、收取病房費差額之病床數及全院總床數欄之數字，應分別與「全民健康保險特約醫院病床床號資料表」所列之病床床號數相符（即本頁A欄床數應與次頁A欄床號數相符，餘類推。）
- 二、急性病床保險病床比率及慢性病床保險病床比率欄請分別依表列公式計算之；保險病床比率應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之規定。
- 三、其他醫療設備請按實際數量填寫。

肆：醫事服務機構病床床號資料表部分

- 一、各類病床均應符合醫療機構設置標準及本保險特殊病床設置基準。
- 二、急性病房、慢性病房除下列病床得收取病房費差額外，其餘病床及本保險給付病房費範圍內之特殊病床，均不得收取病房費差額：
 - (一) 急性病房：每病室設2床以下之病床。
 - (二) 慢性病房：每病室設2床以下之病床。
- 三、經濟病床為每病室設5床以上之病床。
- 四、急診處觀察床、洗腎治療床及嬰兒床，為本保險給付病房費範圍內之特殊病床，不納入保險病床比率計算。
- 五、病床床號編碼原則，請以十位元以內之英文字或數字編列，各類病床床號為病房費給付及保險對象住院自行負擔費用計算之依據，請確實填寫。
- 六、本表不敷使用時，請另以附頁說明；醫院得自行以電腦報表列印，惟請依式一行列印10床床號。

伍：其他

- 一、申請書內之醫事服務機構基本資料表應先送請當地衛生主管機關查驗核章後，送收件單位憑辦；未經查驗核章者不予受理。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、須至各分區業務組辦理成立投保單位。
- 四、特約核定日(完成特約之函文日期)起30個日曆天後，不得以異常就醫序號G000申報醫療費用(違反者退件)，惟前項期間末日為例假日者，順延之。
- 五、醫事服務機構與本保險人特約核定後，本署自動核發1組雲端安全模組。
- 六、醫事機構內之負責醫事人員或執業醫師、藥師(藥劑生)、物理治療師(生)、職能治療師(生)、醫事檢驗師(生)、醫事放射師(士)，於其申請特約日前5年內，未有第38條、第39條、第40條或第47條所定情事，且其申請特約日未逾開業執照核發日起15個工作天者，特約生效日得追溯至開業執照核發日起算。
- 七、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地 址
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組 TEL：04-22583988	臺中市西屯區市政北一路 66號(國雄大樓6樓)

衛生福利部中央健康保險署中區業務組全民健康保險新特約收件查檢表

機構代號：_____ 名稱：_____

檢 附 文 件	西 醫		中 醫 牙 醫	藥 局	醫 事 檢 驗 所	醫 事 放 射 所	居 家 照 護	護 理 之 家	助 產 機 構	精 神 復 健	物 理 治 療 所	職 能 治 療 所
	醫 院	診 所										
1.合約書印鑑卡												
2.特約申請書												
3.特約基本資料表												
4.床數、床號資料表			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5.開業執照影本												
6.負責醫事人員身分證正、反面影本												
7.負責醫事人員執業執照正、反面影本												
8.醫事人員執業執照正、反面影本(另聘有物理、 職能人員需備有執業2年以上之資格證明)												
9.醫師專科證書影本				—	—	—	—	—	—	—	—	—
10.醫療費用轉帳資料卡												
11.存摺帳號及分行別影本												
12.統一編號編配通知書影本												
13.新投保單位成立申請書 健保費繳教： <input type="checkbox"/> 轉帳代繳 <input type="checkbox"/> 現金繳納												
14.儀器或設備資料表(含購入發票或證明)				—			—	—	—	—		
15.中央衛生主管機關評鑑合格證明 (新設立未及參加評鑑者，由保險人專案認定)		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16.本保險醫療網路(VPN)申請書												
17.醫療費用收據及藥品明細格式樣張												
18.電子信箱及執業時段調查表												
19.合夥法院公告文件 (醫事服務機性質勾選合夥者)												

※上開資料影本皆請以 A4 紙張影印。

※為維護 貴機構權益，請負責醫事人員依序備妥相關文件親自洽辦簽約事宜。

※醫院需檢附全院平面配置圖乙份。

負責人 ID：

HMAI2000S01

H3000：

醫事機構基本資料檔正確無誤

H3500：

複核核章：

H1000：

H2000：

R5001：

全民健康保險特約醫院申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具「全民健康保險特約醫院基本資料表」及負責醫師開業執照、執業執照、身分證正反面影本等文件各乙份，申請為全民健康保險特約醫院，請惠予受理。

申請辦理業務：

- 9 急診業務
- A 門診診療
- B 住院診療
- C 血液透析業務
- D 兒童預防保健服務
- E 成人預防保健服務
- F 婦女子宮頸抹片檢查
- G 孕婦產前檢查
- I 分娩
- J 復健業務： 物理治療 職能治療
 聽力檢查 語言治療
- K 精神疾病患者居家治療業務
- N 義肢業務
- P 兒童牙齒預防保健
- W 腹膜透析業務
- Y 口腔黏膜檢查
- Z 定量免疫法糞便潛血檢查

申請類別：

- 1 醫學中心
- 2 區域醫院
- 3 地區醫院
- 4 基層醫療單位

型態別：

- 01 綜合醫院
- 02 醫院
- 03 專科醫院
- 04 精神科醫院
- 05 特殊科醫院
- 06 慢性醫院
- 11 牙醫醫院
- 21 中醫綜合醫院
- 22 中醫醫院

此 致

衛生福利部中央健康保險署

申請醫院名稱：

(醫院印信)

負責人：

簽章：

負責醫師：

簽章：

醫院地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

負責醫師戶籍地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

負責醫師通訊地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約醫院基本資料表

第一聯送健保署

第二聯送衛生局(所)存查

醫院名稱				代號																													
開業執照地址		郵遞區號		縣市		市鎮鄉區		村里		街路		段巷弄號		□□□□□																			
負責人				出生年月				年 月 日				最近開業日期				年 月 日																	
身分證號												最近開業執照號碼																					
診療科別		01□家庭醫學科		05□婦產科		09□耳鼻喉科		13□精神科		82□放射線科		40□牙科		02□內科		06□骨科		10□眼科		14□復健科		83□病理科		60□中醫									
		03□外科		07□神經外科		11□皮膚科		15□整形外科		84□核子醫學科		04□小兒科		08□泌尿科		12□神經科		81□麻醉科		00□一般診療													
醫事人員數		A 醫師		E 藥劑生		J 醫事檢驗師		S 醫用放射線技術師(士)		Z 營養師																							
		B 中醫師		F 護理師		K 醫事檢驗生		U 物理治療生																									
		C 牙醫師		G 護士		Q 物理治療師		V 職能治療生																									
		D 藥師		H 助產士		R 職能治療師		W 語言治療人員																									
昂貴或性具有備		1. 電腦斷層攝影掃描儀		□有 _____ 臺 □無		5. 高震波腎臟碎石機		□有 _____ 臺 □無		2. 放射性同位素診斷設備		□有 _____ 臺 □無		6. 核磁共振斷層掃描儀		□有 _____ 臺 □無		3. 放射性同位素治療設備		□有 _____ 臺 □無		7. 準分子雷射血管成形術系列		□有 _____ 臺 □無		4. 高能粒子治療設備		□有 _____ 臺 □無		8. 冠狀動脈旋轉研磨鑽		□有 _____ 臺 □無	
醫院病床數		01一般病床		04洗腎治療床		小計		慢性病床		10一般病床		小計		總計		02加護病床		06嬰兒床		09精神病床		11結核病床		03燒傷病床		07急診觀察床		12癩病病床		08精神病床		13其他特殊病床	
		05 嬰兒病床 (新生兒中重度病床)		其他																													
註：醫院病床數以醫院於衛生局登記開放之病床數為主。																																	
醫事人員簡歷		類別		姓名		出生年月		身分證號		執業執照號碼		專科別		專科證書字號		專科證書有效起始日																	
<p>一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。</p> <p>二、該 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 負責醫師 <input type="checkbox"/> 未涉有 <input type="checkbox"/> 涉 有醫療管理相關法規違規情事，目前未結案。</p> <p>三、該院所違規事實概要：縣市(政府)衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)</p> <p style="text-align: center;">中 華 民 國 年 月 日</p>																																	
醫事其他服務基本資料		性質		1 <input type="checkbox"/> 公立		單位所得稅 統一編號		電話及手機號碼		傳真號碼		本生局查驗核章		2 <input type="checkbox"/> 財團法人		3 <input type="checkbox"/> 私立(合夥)		4 <input type="checkbox"/> 私立(獨資)															

全民健康保險特約醫院基本資料表

第一聯送健保署

第二聯送衛生局(所)存查

醫院名稱	代號										
開業執照地址	郵	遞	區	號	□□□□□						
	縣市	市鎮鄉區	村里	街路	段	巷	弄	號			
負責人	出生年月				年 月 日		最近開業日期		年 月 日		
身分證號					最近開業執照號碼						
診療科別	01□家庭醫學科 05□婦產科 09□耳鼻喉科 13□精神科 82□放射線科 40□牙科 02□內科 06□骨科 10□眼科 14□復健科 83□病理科 60□中醫 03□外科 07□神經外科 11□皮膚科 15□整形外科 84□核子醫學科 04□小兒科 08□泌尿科 12□神經科 81□麻醉科 00□一般診療										
醫事人員數	A 醫師	E 藥劑生	J 醫事檢驗師	S 醫用放射線技術師(士)	Z 營養師						
	B 中醫師	F 護理師	K 醫事檢驗生	U 物理治療生							
	C 牙醫師	G 護士	Q 物理治療師	V 職能治療生							
	D 藥師	H 助產士	R 職能治療師	W 語言治療人員							
昂貴或性具有備	1. 電腦斷層攝影掃描儀 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5. 高震波腎臟碎石機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 放射性同位素診斷設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 6. 核磁共振斷層掃描儀 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 放射性同位素治療設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 7. 準分子雷射血管成形術系列 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 高能粒子治療設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 8. 冠狀動脈旋轉研磨鑽 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
醫院病床數	急性病床	01一般病床	04洗腎治療床	小計	慢性病床	10一般病床	小計	總計			
		02加護病床	06嬰兒床			09精神病床					
		03燒傷病床	07急診觀察床			11結核病床					
		08精神病床	13其他特殊病床			12癩病病床					
		05 嬰兒病床 (新生兒中重度病床)	其他								
註：醫院病床數以醫院於衛生局登記開放之病床數為主。											
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書字號	專科證書有效起始日			
一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。 二、該 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 負責醫師 <input type="checkbox"/> 未涉有 <input type="checkbox"/> 涉 有醫療管理相關法規違規情事，目前未結案。 三、該院所違規事實概要： 縣市(政府)衛生局 (請加蓋機關關防及首長簽名章)											
醫事其他服務基本資料	性質	1□公立	單位所得稅								本局查驗核章
		2□財團法人	統一編號								
		3□私立(合夥)	電話及手機號碼								
		4□私立(獨資)	傳真號碼								
中華民國 年 月 日											

全民健康保險特約醫院病床床號資料表

醫院代號： _____

醫院名稱： _____

病床分類		病 床 床 號														
急 性 保 險 病 床	保 險	111一般病床													A	
		112經濟病床														
		113加護病床														
	病 床	保 險	114精神科加護病床													B
			115燒傷病床													
			116燒傷加護病床													
			117一般精神病床													
			118經濟精神病床													
		病 床	11D 嬰兒病床													E
			119負壓隔離病床													F
			11A 正壓隔離病床													
			11B 骨髓移植隔離病床													
			11G 亞急性呼吸照護病床													
	11H 慢性呼吸照護病床															
	床	11I 安寧病床													不列入保險病床計算	
		11K SARS 負壓病床														
		11L 普通隔離病床														
		11N 核醫病床														
		11Q 急性後期照護病床														
11R 整合醫學急診後送病床																
11C 急診觀察床																
11E 血液透析床																
11F 嬰兒床																
收 取 差 額 病 床	收 取 差 額 病 床	211一般病床												G		
		212精神病床													H	
		21I 安寧病床													I	
慢 性 保 險 病 床	保 險 病 床	121一般病床												J		
		122精神病床													K	
	收 取 差 額 病 床	221一般病床													N	
		222精神病床													O	
日間留院病床																

全民健康保險特約醫院病床及設備資料表

醫院代號：_____ 醫院名稱：_____

急性 病 床	病床分類	一般病床	加護病床	燒傷病床 (含燒傷中心)	精神病床	嬰兒病床	其他病床	合計
	保險病床 床數	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(Q)
	收取病房 費差額之 病床床數	(G)			(H)		(I)	(R)
	全院 總床數	(01) = (A) + (G)	(02) = (B)	(03) = (C)	(08) = (D) +	(05) = (E)	(06) = (F) + (I)	(S) = (Q) + (R)
	急性 病 床 保 險 病 床 百 分 比							

$$(T) = \frac{\text{各類急性保險病床床數合計 (Q)}}{\text{各類急性病床全院總床數計 (S)}} \times 100\%$$

慢 性 病 床	病床分類	一般病床	精神病床			合計
	保險病床 床數	(J)	(K)			(U)
	收取病房 費差額之 病床床數	(N)	(O)			(V)
	全院 總床數	(10) = (J) + (N)	(09) = (K) + (O)			(W) = (U) + (V)
	慢 性 病 床 保 險 病 床 百 分 比					

$$(X) = \frac{\text{各類慢性保險病床床數合計 (U)}}{\text{各類慢性病床全院總床數計 (W)}} \times 100\%$$

其 他 醫 療 設 備	項目	數量 (臺)	項目	數量 (臺)	項目	數量 (臺)
	01 <input type="checkbox"/> 血液透析機		07 <input type="checkbox"/> 高壓氧		13 <input type="checkbox"/> 冷凍治療機	
	02 <input type="checkbox"/> 血管造影設備		08 <input type="checkbox"/> 骨質密度測量儀		14 <input type="checkbox"/> 彩色超音波	
	03 <input type="checkbox"/> 眼科鐳射機		09 <input type="checkbox"/> 二氧化碳鐳射設備		15 <input type="checkbox"/> 心導管設備	
	04 <input type="checkbox"/> 超音波		10 <input type="checkbox"/> 自動生化分析儀		16 <input type="checkbox"/> 染料鐳射碎石	
	05 <input type="checkbox"/> 內視鏡		11 <input type="checkbox"/> 血管攝影 X 光機		17 <input type="checkbox"/> 尿流動力學檢查機	
	06 <input type="checkbox"/> 牙科型 X 光機		12 <input type="checkbox"/> 乳房 X 光攝影			

全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

醫事服務機構代號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
醫事服務機構名稱									
負責人姓名									
印鑑建立/變更日期	年 月 日								
合約書編號	No								
請蓋合約書印鑑	醫事服務機構印鑑章 (大章)	負責醫事人員印鑑章 (小章)							

收據粘貼單

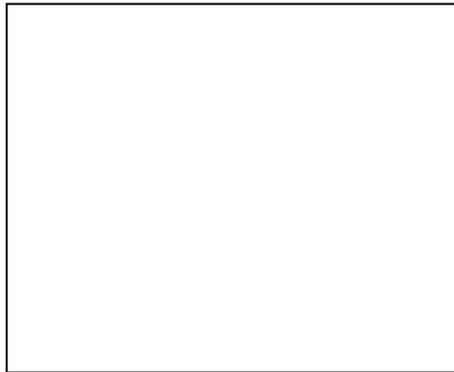
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

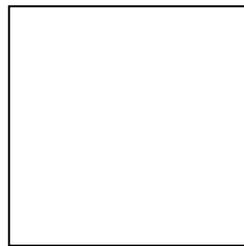
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式
乙份，請查照。

此 致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組



(合約院所印信)



(合約負責人印章)

中 華 民 國 年 月 日

衛生福利部中央健康保險署中區業務組特約醫事機構

電子信箱、掛號費及執業時段調查表

院所名稱：

院所代號：

電子信箱【E-mail address】：

門診掛號費：

急診掛號費：

固定執業時段：(請勾選)

星期	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

特定休診日：(例如春節初一到初五)

註：如電子信箱、掛號費及執業時段資料有變更，請即時至「VPN-醫務行政」自行修改

血液透析室相關設備

醫事機構名稱：

醫事機構代號：

品項	數量	專管人員	備註
血液透析機	台		請檢附購買證明或租賃合約書影本乙份備查。
血壓計	台		
電擊器	台		
氣管插管設備			
氧氣供應設備			
抽吸設備			
急救(車)箱			
RO 水處理系統	<input type="checkbox"/> 有__組 <input type="checkbox"/> 無		
存放物料專用空間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
緊急供電設備	<input type="checkbox"/> 全院共同 <input type="checkbox"/> 獨立設備		
消防安全設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
透析機定期之檢查、保養及維修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
人工腎臟是否重覆使用 (以台灣腎臟醫學會之重覆使用人工腎臟作業指引為基準。嚴禁不同病人間交互使用人工腎臟)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
人工腎臟之消毒法：			

牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

自評日期：____年____月____日(由院所自評時填寫日期) 自評醫師簽名：_____

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
-----------	-----------

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手圖(遵守手部衛生五時機及六步驟)、擦手紙及垃圾桶。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及在效期內的消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
	A. 符合 B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔。			
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄；診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨。			
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史、傳染病史及 TOCC(旅遊史(Travel)、職業史(Occupation)、接觸史(Contact)及群聚史(Cluster))，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時佩戴口罩、手套及清潔之工作服；不可使用同一雙手套照護不同病人，且穿脫手套時確實執行手部衛生。			
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水2分鐘，痰盂水槽流水3分鐘，抽吸管以新鮮泡製0.005~0.02%漂白水(NaOCl)或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液10%(iodophors)或合格管路消毒液沖洗管路3分鐘。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
4. 門診結束後治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路消毒放水放氣，清洗濾網。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
5. 完善廢棄物處置	C. 有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
	B. 符合 C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A. 符合 B，備有廢棄物詳細清運紀錄。			
6. 意外尖銳	C. 制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
物扎傷處理 流程制訂	B. 符合 C, 診所定期全員宣導。			
	A. 符合 B, 完備紀錄存檔。			
7. 器械浸泡 消毒	C. 選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B. 符合 C, 消毒劑置於固定容器及加蓋, 並覆蓋器械。			
	A. 符合 B, 記錄器械浸泡時間。			
8. 重要醫療 物品器械滅 菌	C. 器械清洗打包後, 進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C, 化學指示劑監測, 並完整紀錄。			
	A. 符合 B, 每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測, 並完整紀錄。			
9. 滅菌後器 械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處, 並依效期先後使用。			
	B. 符合 C, 器械貯存不超過有效期限(打包袋器械貯存不超過一個月, 其餘一週為限)。			
	A. 符合 B, 器械定期清點, 若包裝破損或過期器械, 需重新清洗打包滅菌, 並有紀錄可查詢。			
10. 感染管 制流程制訂	C. 診所須依牙科感染管制 SOP, 針對自家診所狀況, 制訂看診前後感染管制流 程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B. 符合 C, 診所定期全員宣導及遵循, 並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B, 院所內70%工作人員, 每年參加一小時感管教育訓練課程, 建立手 部衛生教育訓練, 得包括線上數位學習課程, 並造冊存查。			
11. 安全注 射行為	C. 單一劑量或單次使用包裝的注射藥品僅限單一病人單次使用(如: 沒打完之 麻藥管不可供他人使用)。			
	B. 符合 C, 院所定期全員宣導及遵循, 並有完備紀錄存檔。			
	A. 符合 B, 定期檢討及改善, 並有紀錄可查。			
12. 一人一 機	C. 高速手機清洗並以滅菌袋包裝後, 進鍋滅菌並標示滅菌日期。			
	B. 符合 C, 放置包內包外化學指示劑監測, 並完整紀錄。			
	A. 符合 B, 每週至少一次生物指示劑監測及消毒鍋檢測, 並完整紀錄。			

※全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第26條：「保險人為增進審查效能，輔導保險醫事服務機構提升醫療服務品質，得派員至特定保險醫事服務機構就其醫療服務之人力設施、治療中之醫療服務或已申報醫療費用項目之服務內容，進行實地審查，並得邀請相關醫事團體代表陪同」。

※全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第29條：「保險醫事服務機構經實地審查發現有提供醫療服務不當或違規者，保險人應輔導其改善，並依相關規定加強審查、核減費用、依檔案分析不予支付或視需要移送查核」。

實地訪查日期：____年____月____日____時____分

訪評結果：合格 不合格(請簡述不合格原因)

說明：

審查醫藥專家簽章：

保險人所轄分區業務組陪同人員(不參與感染管制 SOP 考評)：

上述資料經本人確認無誤，並且已明白「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「牙醫門診加強感染管制實施方案」之相關規定。

醫事服務機構代表醫師簽章：_____

「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標 醫事服務機構及特約藥局辦理自評情形申報表

診所（藥局）名稱：_____（代號：_____）

填報人（院所或藥局負責人）：

填報日期：__年__月__日

印信：

有 無 自設藥局

有 無 自聘藥師

藥袋標示項目	有標示	未標示
1.病人姓名		
2.性別		
3.年齡		
4.藥品名稱（成分名）		
5.藥廠（廠商）名		
6.數量		
7.劑量		
8.服用方法		
9.藥局（調劑）地點		
10.調劑者姓名		
11.調劑年月日		
12.處方醫師姓名		
13.藥品保存方式		
14.調劑後有效期限		
15.適應症		
16.副作用		
17.警語		

註：

- 1.本表內容經醫事服務機構或藥局切結填報內容屬實後送健保署，由健保署辦理實地審查，如查獲與填報內容不符時，將依「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標處理方式不予支付。
- 2.請傳真（04-22531219）回復中區業務組醫療費用一科承辦人，分機_____。