

宜蘭縣政府衛生局 108 年度基層醫療機構督導考核評核表

醫政管理業務

診所名稱：_____ 診所負責醫師：_____

診所地址：_____ 電話：_____

醫療機構設置標準、登記事項及醫療法相關事項：

診療科別及專科醫師人數	_____科_____人；_____科_____人；_____科_____人 (請填寫貴所登錄科別及專科醫師人數)
執業人員 (實際數)	護理師(士)：____/____人；藥師(生)：____/____人； 醫事檢驗師(生)：____/____人；醫事放射師(士)：____/____人； 物理治療師(生)：____/____人；其他_____：____/____人 (請填寫貴所各類醫事人員及人數)
機構業務	健保： <input type="checkbox"/> 健保醫療 自費： <input type="checkbox"/> 美容醫學 <input type="checkbox"/> 高階健檢(含無痛內視鏡) <input type="checkbox"/> 其他
機構網址	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____ 是否核備： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

檢查項目 (檢查結果請在欄位打✓，不符合者請於“填表說明”欄位敘明原因)	符合	不符合	不適用	備註
1. 醫事系統登錄之資料及設施與診所現況符合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
診所現存實際數				
(門診)診療室				
觀察病床				
針灸床				
血液透析床				
手術台				
牙科治療台				
產台/產科病床/嬰兒床	/	/		
其他_____				
2. 機構名稱及市招廣告：				
(1) 合於醫療法之規定。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 診所內無違規醫療廣告及傳單。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 診所內無張貼違規醫學廣告或販售產品。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. 開業執照、診療時間及其他相關診療事項揭示於明顯處所。 醫事人員執業時，配戴身分識別證明。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 是否依規定聘請足夠護理人員？				
(1) 每 2 間診療室應有 1 人以上。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 設下列部門者，其人員依其規定計數： 觀察病床(1-9 床)，應有 1 人。門診手術室、產房、供應室，應有 1 人流用；產科病床每 4 床，應有 1 人(可依占床率調整)；設血液透析者每 4 床，應有 1 人；3.設有產科病床、嬰兒室者 24 小時應有人員提供服務。(※以上相關規定不能重複計算)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p style="text-align: center;">檢查項目</p> <p>(檢查結果請在欄位打✓，不符合者請於“填表說明”欄位敘明原因)</p>	符合	不符合	不適用	備註
<p>5. 病歷記載及病歷保存符合規定？</p> <p>(1) 實體病歷妥善保存 7 年以上。</p> <p>(2) 病歷存放於一般大眾無法取得位置。</p> <p>(3) 首頁記載病人之姓名、出生日期、性別、住址等基本資料。</p> <p>(4) 醫師須記錄病人每次看診就診日期、主訴、檢查項目及結果、診斷或病名、治療、處置或用藥等情形。</p> <p>(5) 醫療紀錄應有相關醫事人員簽章及加註日期。</p> <p>(6) 病歷或紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部分，應以畫線去除，不得塗毀。</p> <p>(7) 電子病歷應將開始實施日期及範圍揭示於機構內明顯處。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>6. 依診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕。</p> <p>將病歷複製本之申請及收費方式，公開於機構明顯處。</p> <p>(醫療機構提供病歷複製本之規範：1. 檢查檢驗報告複製本、英文病歷摘要：以一個工作天內交付病人為原則，最遲不得超過三個工作天。2. 全本病歷複製本：以三個工作天內交付病人為原則，最遲不得超過十四個工作天。3. 中文病歷摘要：以十四個工作天內交付病人為原則。)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>7. 處方箋載明下列事項，並簽名或蓋章：1. 醫師姓名。2. 病人姓名、年齡、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>8. 藥袋標示符合醫療法第 66 條規定：載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、診所名稱、地點及電話、調劑者姓名及調劑日期。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>9. 診所收取費用：</p> <p>(1) 醫療機構依實際提供之醫療服務於櫃檯置放單張、明顯處揭示或網站等方式公告自費項目費用明細。</p> <p>(2) 醫療機構收取費用，依規定開立收據且載明醫療費用收費項目、金額及非屬醫療費用；符合本縣核定之醫療及護理收費基準，並無擅自收費項目，如急診費等(提供收據影本 1 份帶回)。</p> <p>(3) 收據符合衛生福利部要求格式—健保申報項目：點數；自付費用項目：金額，非屬醫療費用之收費(如：掛號費)，應一併載明。</p> <p>(4) 醫療費用收據按次提供予民眾，若民眾收據遺失請求補發，診所應提供存根聯或影本，或開立費用證明方式。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>10. 適當之消防設備及安全設施</p> <p>(1) 備有緊急照明、逃生動線指引及滅火器 (應於有效期限內或適當壓力下)，位置明顯易取得。</p> <p>(2) 設有門診手術室、透析治療室、產房、嬰兒室者，基本設備符合診所設置標準且應有緊急供電系統。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>11. 醫療事業廢棄物</p> <p>(1) 與清運/處理公司簽訂合約</p> <p>清運/處理機構: _____</p> <p>合約期間: _____ ~ _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

檢查項目 (檢查結果請在欄位打✓，不符合者請於“填表說明”欄位敘明原因)		符合	不符合	不適用	備註
(2) 醫療事業廢棄物妥善貯存、清除、處理 (貯存於 5°C 以下)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. 診所執行手術及麻醉安全 ○無手術服務 ○有手術服務，手術 (生產) 前有獲得病人/家屬之同意並簽署手術 (生產) 及麻醉同意書 <input type="checkbox"/> 只採局部麻醉 <input type="checkbox"/> 手術前有填寫手術 (生產) 同意書、麻醉同意書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. 診所是否設血液透析室： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請續填(1)~(2) (1) 血液透析設備： A. 應有合格之醫技人員或合約廠商負責執行。維護廠商：_____ B. 至少每月定期保養一次並有完整之紀錄資料。 (2) 逆滲透水處理設備： A. 應有合格之醫技人員或合約廠商負責執行。維護廠商：_____ B. 至少每月定期保養及消毒一次並有完整之紀錄資料(含管路消毒之有效消毒濃度與殘留檢測)。 C. 應有日常檢視抄表紀錄(總氯檢驗、導電度、硬度、鹽巴添加)。 D. 定期水質安全檢測並做紀錄(每週檢測一次水中總氯、硬度、重金屬)。					
14. 診所備有急救設備及藥品 (應備類固醇、腎上腺素等兩大類)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. 醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時， <input type="checkbox"/> 全面提供安全針具 <input type="checkbox"/> 未提供針劑業務 <input type="checkbox"/> 僅提供單支包裝附針頭疫苗注射 <input type="checkbox"/> 不重覆使用注射針頭 (筒) 及針灸針 (拋棄式)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. 藥品冰箱安全： (1) 冰箱內置溫度計，每周一次檢查溫度並留有紀錄 (疫苗每日檢查) (2) 藥品存放標示有效期限。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. 預防跌倒措施：保持地面清潔乾燥、走道無障礙物且照明充足，如地面濕滑時，須設置警示標誌。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. 診療室具有適當維護隱私之設施，包括：適當隔音；病人就診時，應確實隔離其他不相關人員；進行檢查及處置之場所應有所區隔如布簾等)。 診療過程，醫病雙方如需錄音或錄影，應先徵得對方之同意。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. 中醫診所醫事人員具有執業執照，無容留密醫情形。 (1) 推拿、針灸應由醫事人員執行操作。 (2) 醫療機構不得與傳統整復推拿人員執行業務場所，設置於同一地址；為同一地址者，需有實體區隔。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. 有張貼性騷擾防治海報或揭示性騷擾防治措施，並提供申訴管道。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
診所負責人簽名 (機構印信戳記)					
評核人員簽名		評核日期			

