

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書(範本)草案

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

- | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (第1款)急性後期照護 | <input type="checkbox"/> (第6款)疾病末期照護 |
| <input type="checkbox"/> (第2款)慢性病照護計畫收案病人 | <input type="checkbox"/> (第7款)矯正機關收容照護 |
| <input type="checkbox"/> (第3款)長期照顧服務 | <input type="checkbox"/> (第8款)行動不便照護 |
| <input type="checkbox"/> (第4款)家庭醫師收治照護 | <input type="checkbox"/> (第9款)災害、傳染病或其他重大變故照護 |
| <input type="checkbox"/> (第5款)居家醫療照護 | <input type="checkbox"/> (第10款)國際醫療照護 |

【填寫說明】

- 1、擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
- 2、依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| (請下拉選單擇定) | |
| 1、主責醫師(即本計畫主持人) | |
| 部門、執業科別 | 姓名 |
| | |
| 2、其他醫事人員之 <u>主責人員</u> | |
| 醫事人員類別 | 姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱) |
| (例如：護理師) | ○○○ |
| (例如：物理治療師) | ○○○ (A 物理治療所) |

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| (請下拉選單擇定) | |
| 1、主責醫師(即本計畫主持人) | |
| 部門、執業科別 | 姓名 |
| | |
| 2、其他醫事人員之 <u>主責人員</u> | |
| 醫事人員類別 | 姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱) |
| (例如：護理師) | ○○○ |
| (例如：物理治療師) | ○○○ (A 物理治療所) |

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。
- 2、本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣(市)主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

| (請下拉選單擇定) | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------------|
| 勾選欄 | 醫療項目(可複選) | 勾選欄 | 醫療項目(可複選) |
| <input type="checkbox"/> | 詢問病情 | <input type="checkbox"/> | 精神科心理治療 |
| <input type="checkbox"/> | 提供醫療諮詢 | <input type="checkbox"/> | 開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立) |
| <input type="checkbox"/> | 診察、診斷、醫囑 | | |
| <input type="checkbox"/> | 開立檢查、檢驗單 | <input type="checkbox"/> | 原有處方之調整或指導 |
| <input type="checkbox"/> | 會診 | <input type="checkbox"/> | 衛生教育 |

| (請下拉選單擇定) | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------------|
| 勾選欄 | 醫療項目(可複選) | 勾選欄 | 醫療項目(可複選) |
| <input type="checkbox"/> | 詢問病情 | <input type="checkbox"/> | 精神科心理治療 |
| <input type="checkbox"/> | 提供醫療諮詢 | <input type="checkbox"/> | 開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立) |
| <input type="checkbox"/> | 診察、診斷、醫囑 | | |
| <input type="checkbox"/> | 開立檢查、檢驗單 | <input type="checkbox"/> | 原有處方之調整或指導 |
| <input type="checkbox"/> | 會診 | <input type="checkbox"/> | 衛生教育 |

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、**醫療項目**，限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第 3 條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

第 1 款：急性後期照護(不得為初診病人)

- 為緊急外傷病人、急性冠心症病人、精神疾病急性病人、急性腦中風病人、慢性阻塞性肺病病人、慢性心衰竭病人、手術後病人或其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。
- 勾選其他者，請敘明病人情形及理由：_____。

第 2 款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。
- 註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

第 3 款：長期照顧服務(不得為初診病人)

- 指為與醫療機構訂有醫療服務契約之長期照顧服務機構、老人福利機構、身心障礙福利機構、護理機構或其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。
- 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

第 6 款：疾病末期照護(不得為初診病人)

- 本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。

第 7 款：矯正機關收容照護

- 本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。
- 依本辦法第 18 條第 1 項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。
- 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

第 8 款：行動不便照護(不得為初診病人)

- 本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：
 - 失能(長期照顧服務法第 3 條第 2 款)
 - 身心障礙(身心障礙者權益保障法第 5 條)
 - 重大傷病(全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款)

- 第 9 款：災害、傳染病或其他重大變故照護**
- 本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- 第 10 款：國際醫療照護**
- 本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、本辦法第 20 條第 1 項第 2 款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；**第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。**
- 2、請勾選符合本辦法第 3 條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，**建議至多為 4 年。**

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

| (請下拉選單擇定) | | | |
|-----------|------|----|----------|
| 機構名稱 | 機構類別 | 地址 | 聯絡人姓名、電話 |
| | | | |
| | | | |

| (請下拉選單擇定) | | | |
|-----------|------|----|----------|
| 機構名稱 | 機構類別 | 地址 | 聯絡人姓名、電話 |
| | | | |
| | | | |

2、服務機構（本辦法第 6 條所定機構或矯正機關）

| 機構名稱 | 機構類別 | 地址 | 聯絡人姓名、電話 |
|------|-----------|----|----------|
| | (請下拉選單擇定) | | |
| | (請下拉選單擇定) | | |

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以____(書面/電子)方式簽署「(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院？
 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
 否，惟仍應依個人資料保護法第 18 條辦理安全維護事項，或依同法第 27 條採取採行適當之安全措施。
- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：
 是； 否（勾「否」者，免填以下第 3 點）
- 3、承 2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

(1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

(未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第 9 條規定，於實施之日起 15 日內，報衛生局備查)

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

本實施計畫申請機構自行建置；

委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：_____

【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院者，免填第 3 點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部 113 年 3 月 12 日衛部資字第 1132660106 號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

| 自費醫療項目名稱 | 收費費額或標準 | 地方衛生主管機關 核定情形 |
|----------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請 |
| | | <input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請 |

【填寫說明】

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第 21 條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國

年

月

日

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

| | |
|-----------|-------|
| 病人基本資料 | |
| 姓名： | 出生日期： |
| 病歷號碼： | 地址： |
| 擬實施之服務項目： | |

1. (醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____ (或緊急聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____