

宜蘭縣政府衛生局 113 年度基層醫療機構督導考核表

診所名稱/代碼：_____ 診所負責醫師：_____

診所地址：_____ 電話：_____

一、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； 科 人 (請填寫貴所登錄科別及專科醫師人數)		
其他醫事人員 (實際數)	護理師/護士：___/___人	藥師/藥劑生：___/___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
機構業務	健保： <input type="checkbox"/> 健保醫療 <input type="checkbox"/> 無健保特約 <input type="checkbox"/> 其他 自費： <input type="checkbox"/> 美容醫學，項目：_____		
其他事項	機構網址： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，網址_____		
	透過網際網路提供機構相關資訊是否核備： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，核備日期：_____		

檢查項目 (檢查結果請在欄位打☑，不符合者請於“填表說明”處敘明原因)	符合	不符合	不適用	填表說明 及備註																								
1. 機構設施	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">設施</th> <th style="width: 30%;">自填</th> <th style="width: 30%;">核對</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(門診) 診療室</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>觀察病床</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液透析床</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手術台</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>牙醫治療台</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>產台/產科病床/嬰兒床</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>設施(如復健、放射線、調劑設施)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	設施	自填	核對	(門診) 診療室			觀察病床			血液透析床			手術台			牙醫治療台			產台/產科病床/嬰兒床			設施(如復健、放射線、調劑設施)						
設施	自填	核對																										
(門診) 診療室																												
觀察病床																												
血液透析床																												
手術台																												
牙醫治療台																												
產台/產科病床/嬰兒床																												
設施(如復健、放射線、調劑設施)																												
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) 診所內無陳列及張貼違規醫療廣告及傳單。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
(3) 診所內無販售產品之商業行為。	<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，配戴執業執照。	<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”處敘明原因)	符合	不符合	不適用	填表說明 及備註
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。 (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。 應有：___人；實際：___人 (3) 設有產科病床、嬰兒室者24小時應有人員提供服務。 (4) 機構無聘僱護理人員，應於明顯處揭露訊息。	<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"/>	
5. 病歷記載及病歷保存符合規定？ (1) 實體病歷妥善保存7年以上。 (2) 病歷存放於一般大眾無法取得位置。 (3) 首頁記載病人之姓名、出生日期、性別、住址等基本資料。 (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。 (5) 醫療紀錄應有相關醫事人員簽章及加註日期。 (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。 (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。	<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"/>	
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。 將病歷複製本之申請及收費方式，公開於機構明顯處。 (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。)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. 診所內是否有註冊「台灣病人安全通報系統 (TPR)」系統？並有有效之帳號密碼。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	提升醫療品質與 病人安全作業
8. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 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。	<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”處敘明原因)	符合	不符合	不適用	填表說明 及備註
10.診所收取費用： (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。 (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，並無擅立收費項目，如急診費等(提供收據影本1份帶回)。 (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。 (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，診所得提供存根聯或影本，或開立費用證明方式。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.適當之消防設備及安全設施 (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。 (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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.醫療事業廢棄物 (1) 與清運/處理公司簽訂合約 清運/處理機構: _____ 合約期間: _____~_____ (2) 醫療事業廢棄物妥善貯存、清除、處理(貯存於5℃以下，不得與藥品、食品共用貯存設備)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.診所執行手術及麻醉安全 <input type="radio"/> 無手術服務 <input type="radio"/> 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(使用衛生福利部同意書範本) <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"/>	請提供 近期 簽署之同意書樣張(去除病人基本資料)
14.診所是否設血液透析室： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 是 請續填(1)~(2) (1) 血液透析設備： A.應有合約廠商負責執行。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)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	請提供 最近一次血液透析設備定期保養紀錄、最近一次逆滲透水處理設備定期保養紀錄及最近一次水質安全檢測紀錄。

檢查項目 (檢查結果請在欄位打☑，不符合者請於“填表說明”處敘明原因)	符合	不符合	不適用	填表說明 及備註
15.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"/>	
16.感染管制：配合衛生主管機關對傳染病進行通報，於診間或候診區張貼最新疫情防治文宣提醒就醫民眾，並依規定執行相關防疫處置。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.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"/>	未提供針劑業務、僅提供單支包裝附針頭疫苗注射者請選填不適用
18.藥品冰箱安全： (1) 冰箱內置溫度計，每週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"/>	無藥品冰箱者請選填不適用，冰箱溫度2-8°C
19.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"/>	
20.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"/>	
21.醫療機構無容留非醫事人員執行醫療業務或從事商業行為。 (1) 推拿、針灸應由醫事人員執行操作。 (2) 醫療機構內不得設置民俗調理或美容部門，如同址設置，其營業場所應各自設有獨立進出門戶，使用空間明確區隔。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22.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)		評核日期 評核人員簽名	
---------------------	--	----------------	--