

醫事服務機構申請為全民健康保險特約診所填表須知

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、診所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。
- 三、診所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、診所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、診所設備欄請依衛生主管機關登記設置之設備填寫。
- 五、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，並檢附該等醫事人員執業執照正反面影本。
- 六、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）。
- 七、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證之合夥文件
- 八、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。
- 九、診所申辦分娩業務及血液透析業務者，應另行填列全民健康保險特約診所病床床號資料表。

參：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，寄收件單位憑辦；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 健保費繳款： <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.合夥法院公證文件 (醫事服務機構性質勾選合夥者)												

※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: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></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)									

全民健康保險特約診所申請書

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

申請辦理業務：

- A 門診診療
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
 語言治療
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：

- 4 基層醫療單位

型態別：

- 07 專科診所
08 一般診所
09 特殊科診所
12 牙醫專科診所
13 牙醫一般診所
23 中醫專科診所
24 中醫一般診所

職能治療

此 致

衛生福利部中央健康保險署

申請診所名稱：

負責人：

簽章：

負責醫師：

簽章：

診所地址：

縣	市	市鎮	村	街
市	鄉區	鄉區	里	路
段		巷	弄	號
負責醫師戶籍地址：	縣	市鎮	村	街
	市	鄉區	里	路
	段	巷	弄	號
負責醫師通訊地址：	縣	市鎮	村	街
	市	鄉區	里	路
	段	巷	弄	號

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險特約診所基本資料表

診所名稱		代號										
開業執照地址	郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
	縣市	市鎮鄉區	村里	街路	段	巷	弄	號				
負責醫師		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 <input type="checkbox"/> 家庭醫學科		05 <input type="checkbox"/> 婦產科		09 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科		13 <input type="checkbox"/> 精神科		82 <input type="checkbox"/> 放射線科		40 <input type="checkbox"/> 牙科	
	02 <input type="checkbox"/> 內科		06 <input type="checkbox"/> 骨科		10 <input type="checkbox"/> 眼科		14 <input type="checkbox"/> 復健科		83 <input type="checkbox"/> 病理科		60 <input type="checkbox"/> 中醫	
	03 <input type="checkbox"/> 外科		07 <input type="checkbox"/> 神經外科		11 <input type="checkbox"/> 皮膚科		15 <input type="checkbox"/> 整形外科		84 <input type="checkbox"/> 核子醫學科			
	04 <input type="checkbox"/> 小兒科		08 <input type="checkbox"/> 泌尿科		12 <input type="checkbox"/> 神經科		81 <input type="checkbox"/> 麻醉科		00 <input type="checkbox"/> 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					
診療設備	門診手術室 <input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無		15 血液透析床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無									
	產房 <input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無		16 嬰兒床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無									
	14 觀察床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無		委託代檢之合約 <input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗機構 <input type="checkbox"/> 無									
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"/> 診所 <input type="checkbox"/> 未涉有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已結案。 <input type="checkbox"/> 負責醫師 <input type="checkbox"/> 涉有 <input type="checkbox"/> 未</p> <p>三、該院所違規事實概要：</p>												
<p>縣市(政府)衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)</p> <p>中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>												
其他醫療設備	01 <input type="checkbox"/> 核磁共振斷層掃描儀		臺		11 <input type="checkbox"/> 正子斷層掃描造影設備		臺		60 <input type="checkbox"/> 心導管設備		臺	
	02 <input type="checkbox"/> 電腦斷層攝影掃描儀		臺		51 <input type="checkbox"/> 血液透析機		臺		61 <input type="checkbox"/> 染料鑷射碎石		臺	
	03 <input type="checkbox"/> 放射性同位數治療設備		臺		52 <input type="checkbox"/> 高壓氧		臺		62 <input type="checkbox"/> 尿流動力學檢查機		臺	
	04 <input type="checkbox"/> 放射性同位數診斷設備		臺		53 <input type="checkbox"/> 骨質密度測量儀		臺		<input type="checkbox"/> 血管造影設備		臺	
	05 <input type="checkbox"/> 高能遠距放射治療設備		臺		54 <input type="checkbox"/> 二氧化碳鐳射設備		臺		<input type="checkbox"/> 內視鏡		臺	
	06 <input type="checkbox"/> 高震波碎石裝置		臺		55 <input type="checkbox"/> 自動生化分析儀		臺		<input type="checkbox"/> 黑白超音波		臺	
	07 <input type="checkbox"/> 準分子雷射血管成型術系統		臺		56 <input type="checkbox"/> 血管攝影 X 光機		臺		<input type="checkbox"/> 眼科雷射機		臺	
	08 <input type="checkbox"/> 帕碼司卡特球狀冠狀		臺		57 <input type="checkbox"/> 乳房 X 光攝影		臺		<input type="checkbox"/> 心電圖儀		臺	
	09 <input type="checkbox"/> 準分子雷射屈光性角膜切除術設備		臺		58 <input type="checkbox"/> 冷凍治療機		臺		<input type="checkbox"/> 牙科型 X 光機		臺	
	10 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈旋轉研磨鑽		臺		59 <input type="checkbox"/> 彩色超音波		臺		<input type="checkbox"/> 高能粒子治療設備		臺	
醫事其他服務機構基本資料	性質	1 <input type="checkbox"/> 公立		單位所得稅								本生局查驗核由衛
		2 <input type="checkbox"/> 財團法人		統一編號								
		3 <input type="checkbox"/> 私立(合夥)		電話及手機號碼								
		4 <input type="checkbox"/> 私立(獨資)		傳真號碼								

全民健康保險特約診所基本資料表

診所名稱		代號										
開業執照地址	郵遞區號 □□□□□											
	縣	市鎮鄉區	村	街	段	巷	弄	號				
負責醫師	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 <input type="checkbox"/> 家庭醫學科		05 <input type="checkbox"/> 婦產科		09 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科		13 <input type="checkbox"/> 精神科		82 <input type="checkbox"/> 放射線科		40 <input type="checkbox"/> 牙科	
	02 <input type="checkbox"/> 內科		06 <input type="checkbox"/> 骨科		10 <input type="checkbox"/> 眼科		14 <input type="checkbox"/> 復健科		83 <input type="checkbox"/> 病理科		60 <input type="checkbox"/> 中醫	
	03 <input type="checkbox"/> 外科		07 <input type="checkbox"/> 神經外科		11 <input type="checkbox"/> 皮膚科		15 <input type="checkbox"/> 整形外科		84 <input type="checkbox"/> 核子醫學科			
	04 <input type="checkbox"/> 小兒科		08 <input type="checkbox"/> 泌尿科		12 <input type="checkbox"/> 神經科		81 <input type="checkbox"/> 麻醉科		00 <input type="checkbox"/> 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					
診療設備	門診手術室 <input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無			15 血液透析床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無								
	產房 <input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無			16 嬰兒床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無								
	14 觀察床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無			委託代檢之合約 <input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗機構 <input type="checkbox"/> 無								
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"/> 診所 <input type="checkbox"/> 未涉有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已結案。 <input type="checkbox"/> 負責醫師 <input type="checkbox"/> 涉有 <input type="checkbox"/> 未</p> <p>三、該院所違規事實概要：</p>												
<h2 style="margin: 0;">縣市(政府)衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)</h2> <p style="margin: 0;">中 華 民 國 年 月 日</p>												
其他醫療設備	01 <input type="checkbox"/> 核磁共振斷層掃描儀		臺	11 <input type="checkbox"/> 正子斷層掃描造影設備		臺	60 <input type="checkbox"/> 心導管設備		臺			
	02 <input type="checkbox"/> 電腦斷層攝影掃描儀		臺	51 <input type="checkbox"/> 血液透析機		臺	61 <input type="checkbox"/> 染料鐳射碎石		臺			
	03 <input type="checkbox"/> 放射性同位數治療設備		臺	52 <input type="checkbox"/> 高壓氧		臺	62 <input type="checkbox"/> 尿流動力學檢查機		臺			
	04 <input type="checkbox"/> 放射性同位數診斷設備		臺	53 <input type="checkbox"/> 骨質密度測量儀		臺	<input type="checkbox"/> 血管造影設備		臺			
	05 <input type="checkbox"/> 高能遠距放射治療設備		臺	54 <input type="checkbox"/> 二氧化碳鐳射設備		臺	<input type="checkbox"/> 內視鏡		臺			
	06 <input type="checkbox"/> 高震波碎石裝置		臺	55 <input type="checkbox"/> 自動生化分析儀		臺	<input type="checkbox"/> 黑白超音波		臺			
	07 <input type="checkbox"/> 準分子雷射血管成型術系統		臺	56 <input type="checkbox"/> 血管攝影 X 光機		臺	<input type="checkbox"/> 眼科雷射機		臺			
	08 <input type="checkbox"/> 帕碼司卡特球狀冠狀		臺	57 <input type="checkbox"/> 乳房 X 光攝影		臺	<input type="checkbox"/> 心電圖儀		臺			
	09 <input type="checkbox"/> 準分子雷射屈光性角膜切除術設備		臺	58 <input type="checkbox"/> 冷凍治療機		臺	<input type="checkbox"/> 牙科型 X 光機		臺			
	10 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈旋轉研磨鑽		臺	59 <input type="checkbox"/> 彩色超音波		臺	<input type="checkbox"/> 高能粒子治療設備		臺			
醫事其他基本服務機構性質	1 <input type="checkbox"/> 公立		單位所得稅						本生局查驗由衛生			
	2 <input type="checkbox"/> 財團法人		統一編號									
	3 <input type="checkbox"/> 私立(合夥)		電話及手機號碼									
	4 <input type="checkbox"/> 私立(獨資)		傳真號碼									

全民健康保險醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱： _____

醫事機構代號 所得單位扣繳統一編號

往來 金融 機構	總機構名稱												代 號																		
	分支機構名稱																														
	存款種類		<input type="checkbox"/> 支票存款		<input type="checkbox"/> 活期存款				<input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款																						
	戶 名																														
	帳 號 <small>(請靠右填寫左邊補零)</small>																														
往來 郵局	戶 名																														
	郵政劃撥帳號																														
			郵局				支局																								
	存 儲	簿 金	局 號																												
局 名																															
郵政存簿儲金帳號																															
<p>指定金融機構名稱：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>004 台灣銀行</td> <td>005 台灣土地銀行</td> <td>006 合作金庫</td> <td>007 第一商業銀行</td> </tr> <tr> <td>008 華南商業銀行</td> <td>009 彰化商業銀行</td> <td>012 台北富邦銀行</td> <td>016 高雄銀行</td> </tr> <tr> <td>017 兆豐國際商業銀行</td> <td>050 台灣中小企業銀行</td> <td>700 中華郵政股份有限公司</td> <td>808 玉山商業銀行</td> </tr> <tr> <td>812 台新國際商業銀行</td> <td>815 日盛國際商業銀行</td> <td>816 安泰商業銀行</td> <td>822 中國信託商業銀行</td> </tr> </table>																004 台灣銀行	005 台灣土地銀行	006 合作金庫	007 第一商業銀行	008 華南商業銀行	009 彰化商業銀行	012 台北富邦銀行	016 高雄銀行	017 兆豐國際商業銀行	050 台灣中小企業銀行	700 中華郵政股份有限公司	808 玉山商業銀行	812 台新國際商業銀行	815 日盛國際商業銀行	816 安泰商業銀行	822 中國信託商業銀行
004 台灣銀行	005 台灣土地銀行	006 合作金庫	007 第一商業銀行																												
008 華南商業銀行	009 彰化商業銀行	012 台北富邦銀行	016 高雄銀行																												
017 兆豐國際商業銀行	050 台灣中小企業銀行	700 中華郵政股份有限公司	808 玉山商業銀行																												
812 台新國際商業銀行	815 日盛國際商業銀行	816 安泰商業銀行	822 中國信託商業銀行																												

特約醫事服務機構合約印鑑	負責醫事人員印鑑

收據粘貼單

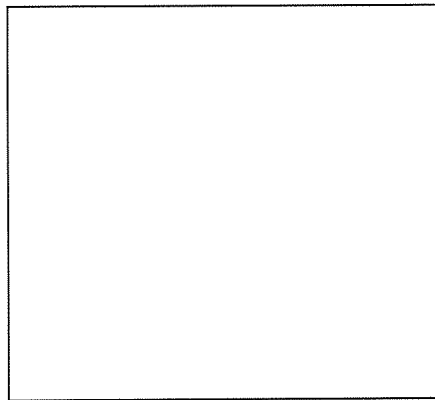
醫事機構代號：

醫事機構名稱：

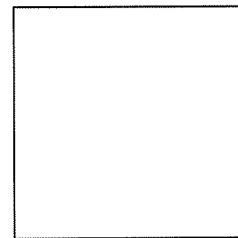
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式
乙份，請查照。

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

牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

※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。

醫事服務機構名稱：
醫事服務機構代號：

合約印信(大章)

合約印信(小章)

A. 硬體設備方面

自評處請填 A 或 B 或 C(擇一)，請勿打 V 或 O。

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。	無A		
	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。	無A		
	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穿戴口罩、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，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，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) 沖洗管路三分鐘。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
	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. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	C. 制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
	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。			

請寄至:健保署中區業務組(地址 407 台中市西屯區市政北一路 66 號)

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