|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **花蓮縣衛生局113年中醫診所督導考核表** | **«鄉鎮市區»**  **«流水A»/«流水B»** |

**壹、登記基本資料：＊113年1月8日系統登記資料，若與實際不符項目，請依醫療法規定申請變更。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **機構名稱： «機構名稱»** | | | **負責醫師： «姓名» «M\_80歲以上»** | | | |
| **機構地址： «地址»** | | | **電話： «電話»** | | | |
| **診療科別： «設置科別»** | | | **電子病歷： «電子病歷»** | | | |
| **醫事人員： «醫事人員»** | | **病床資料： «病床設施»** | | | | |
| **行政人員：\_\_\_\_\_人(請填寫此項)** | | | | | | |
| **服務設備：«服務設施»**。**\*若有異動或有下列項目未登錄請勾選。□無(若無下列項目者請勾選)**  □觀察床: 床、□診療室: 間、□調劑設施、□其他:\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **貳、衛生福利部指定查核項目：** | | | | | **檢核結果** | |
| **符合** | **不符** |
| 一、**開業執照、診療時間、收費項目**(含掛號費、部分負擔及自費項目)及其他有關診療事項**應**揭示於明顯處所且與登錄資料相符。 | | | | |  |  |
| 二、**收費項目及金額應公開且提供民眾查詢：** 包括於**櫃檯**備置經衛生局核定之收費項目及清冊供民眾查閱、透過醫療機構網頁**明顯處**公開或以其他適當方式公開揭露。收費標準請至花蓮衛生局網站>自治法規下載（www.hlshb.gov.tw） | | | | |  |  |
| 三、**負責醫師**是否親自看診：  □排有診次且看診、□排有診次不看診、□不排診次也不看診。 | | | | | ←請勾選 | |
| 四、**針灸應由中醫師執行操作，拔針可由中醫師或護理人員在醫師指示下執行。**  依醫療法第10條、醫師法28條、護理人員法第24條，針灸應由中醫師執行操作或由護理人員在醫師指示下執行拔針之醫療輔助行為。**\*常見違規請注意** | | | | |  |  |
| 五、**推廣及宣導項目 □診所知悉**。  1. 醫療機構發生醫療暴力後，確實依「滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務案件通報與處置標準流程」通報衛生局  2.**請張貼口腔預防保健單張** | | | | | ←請勾選 | |
| 六、醫事人員是否**配戴執業執照**。**\*常見違規請注意** | | | | |  |  |
| **參、醫療機構設標項目查核：** | | | | | **檢核結果** | |
| **符合** | **不符** |
| **一、**開業場所**地址**及**使用範圍**與登錄相符。**\*常見違規請注意** | | | | |  |  |
| **二、市招、廣告**是否符合醫療法相關規定**：** | | | | | | |
| (一)市招名稱及醫療廣告**(含電子媒體、臉書及部落格廣告)**應符合登記項目。**\*常見違規請注意** | | | | |  |  |
| (二)醫療廣告**(含電子媒體、臉書及部落格廣告)不得**以其他不正當方式為宣傳(如下)：違者處5萬-25萬元   * 強調最高級及排名等敘述性名詞或類似聳動用語之宣傳(國內首例.唯一.首創.第一例.診治病例最多.全國或全世界第幾台儀器.最專業.保證.完全根治.最優.最大) * 有誇張或歪曲事實之禁止事項及誇大醫療效能或類似聳動用語方式(如:完全根治.一勞永逸.永不復發.回春…等)之宣傳。 * 以文章或類似形式呈現之醫療廣告,且未完整揭示其醫療風險(如:適應症.副作用等)之宣傳 * 以優惠.團購.直銷.消費券.預付費用.贈送療程或針劑等具有意圖促銷之醫療廣告宣傳。 * 其他違背醫學倫理或不正當方式(如:國內尚未使用之醫療技術.宣稱施行尚未經核准之人體試驗…等)之宣傳。 | | | | |  |  |
| **三、醫療收費：** | | | | | | |
| (一)掛號費符合相關規定：掛號費 元。(衛福部公告掛號費範圍,門診0-150元） | | | | |  |  |
| (二)收取醫療費用應主動開立醫療費用收據。**（需提供1份）** | | | | | | |
| 1.收據應明列健保及自費項目。 | | | | |  |  |
| 2.提供諮詢窗口。 | | | | |  |  |
| (三)**自費項目**： **□無自費醫療項目請勾選，以下免填** | | | | | | |
| 1.**應符合**本縣自治法規-西、中、牙醫醫療機構收費標準，**不得自行訂定**收費項目。 | | | | |  |  |
| 2.**應事前充分告知並簽立同意書**。**(需提供空白自費同意書1份)** | | | | |  |  |
| **四、病歷管理：** | | | | | | |
| (一)病歷應有**專人**管理，並有**專櫃**管理。 | | | | |  |  |
| (二)實施**電子病歷**，**應**向本局申請將核備，**且應有電子簽章，並依電子病歷製作及管理辦法辦理，並與明顯處公告。系統登記資料：«電子病歷»** | | | | |  |  |
| (三)未經本局電子病歷核備，如以電腦製作病歷，應將紀錄內容列印，並製作實體病歷。 | | | | |  |  |
| (四)病歷記載與保存應符合醫療法規定：**\*常見違規請注意** | | | | | | |
| 1.醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。 | | | | |  |  |
| 2.醫事人員執行業務，**應親自製作病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年.月.日**。 | | | | |  |  |
| 3.**病歷記載**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** | | | | |  |  |
| (五)病歷格式應於首頁**載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址**等基本資料外，其內容至少應載明下列事項： | | | | |  |  |
| **一、就診日期。**  **四、診斷或病名。** | **二、主訴。**  **五、治療、處置或用藥等情形。** | | | **三、檢查項目及結果。六、其他應記載事項。** |
| **五、醫療業務管理：** | | | | | | |
| (一)醫療儀器及設備有適當的儲存空間，並定期查檢及記錄，以維護功能完整。 （醫療耗材如棉棒、紗布等應於**有效期限內**） | | | | |  |  |
| (二)病人就診時應保障病人隱私權。（醫療機構隱私維護規範104年1月30日公告） | | | | |  |  |
| (三)醫療作業**應由合格執業之醫事人員執行。(應配戴執業執照)** | | | | |  |  |
| (四)診所合併其他營業業者，需有實體區隔，並有不同出入口。 **□未設置者請勾選** | | | | |  |  |
| **六、藥事服務安全管理：□若診所無此項目者，請勾選本項不需填寫** | | | | | | |
| (一)設有藥品冷藏用冰箱，其內應置溫度計。除藥品外，冰箱不得存食品及其他物品。 | | | | |  |  |
| (二)調劑處所內不得放置食物、進食、吸菸或嚼檳榔 | | | | |  |  |
| (三) 藥袋標示應包括：  □病人姓名 □病人性別 □藥名 □劑量  □數量 □用法 □作用或適應症  □警語或副作用 □診所名稱與地點  □調劑者姓名 □調劑 年 月 日 | | | | |  |  |
| **七、放射作業安全：□若診所無此項目者，請勾選本項不需填寫** | | | | | | |
| (一) X光機領有在效期內設備及操作許可執照，並張貼於設備處。 | | | | |  |  |
| (二)檢查室有安全連鎖裝置及警示燈，並能正常運作。 | | | | |  |  |
| (三) **應由合格專科醫師、完成訓練醫師或醫事放射師操作。**  (醫事放射線設備之操作，**限**醫師或醫事放射師**操作**)  (完成訓練**醫師，應領有輻射安全證書或輻射防護人員證書**)  (行政人員**不得**操作) | | | | |  |  |
| (四)應設有明顯之輻射示警標誌及相關警語。 | | | | |  |  |
| (五)備有防護鉛衣且正確存放，鉛衣需無折痕或裂痕。 | | | | |  |  |
| **八、一般設施作業：** | | | | | | |
| (一)消防設備功能良好： | | | | | | |
| 1.滅火器(有效期限內) | | | | |  |  |
| 2.避難指標 | | | | |  |  |
| 3.緊急照明設備 | | | | |  |  |
| (二)環境衛生 | | | | | | |
| 1.院(所)內外環境整潔 | | | | |  |  |
| 2.診療室及候診室整潔，通風、光線良好 | | | | |  |  |
| (四)兒童遊戲區及設施設備 | | | | | | |
| 1.□無□有兒童遊戲**空間**。 | | | | | ←請勾選 | |
| 2.□無□有供兒童**玩具、圖書冊、物品**。 | | | | | ←請勾選 | |
| 3.□無□有電動搖搖馬或類似**電動設施**\_\_\_\_\_\_\_\_台，如下圖 | | | | | ←請勾選 | |
| 4.前列設施、設備、物品**應定期清潔消毒**，並有清潔紀錄。(置放於診所範圍均應管理) | | | | |  |  |
| **九、其他補充說明事項：** | | | | | | |

**具結：**前列事實均屬實無誤，尊循醫療法及相關法規規定執行醫療業務。

**診所填寫日期**：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

**診所負責人**： (簽名或蓋章)

**查核人員：** (簽名或蓋章)

**查核人員查核日期**：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日