

臺南市政府衛生局婦女癌症篩檢巡迴車支援醫事服務機構實施作業要點

總說明

本要點目的為落實臺南市婦女癌症篩檢防治工作，保障婦女身心健康，並合理使用及管理巡檢車。全文共計十點，其要點說明如次：

- 一、本要點訂定目的。
- 二、定義本要點中所稱之婦女癌症篩檢巡迴車。
- 三、申請使用資格。
- 四、申請使用時程及應辦事項。
- 五、申請使用日程衝突規定。
- 六、申請使用後使用成果、績效及車輛使用率分析。
- 七、申請使用後歸還規定及損壞賠償義務。
- 八、申請使用特別規定。
- 九、申請人應於使用前，完成與本局訂定契約。
- 十、本要點如有未盡事宜之適用法令。

臺南市政府衛生局婦女癌症篩檢巡迴車支援醫事服務機構實施作業要點

- 一、臺南市政府衛生局（以下簡稱本局）為落實臺南市婦女癌症篩檢防治工作，保障婦女身心健康，並合理使用及管理巡檢車，特訂定本要點。
- 二、本要點所稱婦女癌症篩檢巡迴車，係指子宮頸抹片巡檢車及東興辦公室之乳房攝影檢查巡迴車(以下簡稱巡檢車)。
- 三、申請資格：協助辦理本市婦女子宮頸抹片檢查或乳房攝影檢查工作之本市轄內與行政院衛生署中央健康保險局特約之醫事服務機構。
- 四、申請時程：須於一至三個月前填具申請表（如附件一），經核准使用本巡檢車之醫事服務機構，如欲變更申請內容，應於使用前十五日內以公函或傳真向本局報准，違反者得停止其使用。
- 五、申請使用說明：申請單位與其他單位使用日期有衝突者，以先申請單位為優先。但本局如需使用時，以本局優先。
- 六、申請使用後需填具成果表：使用單位應於每日工作結束後填寫篩檢成果表（如附件二），俾便日後評估巡檢車使用績效。
- 七、申請使用後歸還規定及說明：本巡檢車每日工作結束後，應於上班時間交還本局，但為星期日、紀念日或其他休息日時，以其休息日之次日之上午八點歸還，使用期間車輛及配備儀器如有遺失、損壞時，由使用單位照價賠償。
- 八、申請使用特別規定：本巡檢車除執行本局核可之業務外不得移作他用。
- 九、契約訂定：借用人員應先與本局訂定契約以後，依契約內容之規範使用。
- 十、本要點如有未盡事宜者，得隨時修訂之。

臺南市政府衛生局婦女癌症篩檢巡迴車支援醫事服務機構實施作業要點條文說明

條文	說明
<p>一、臺南市政府衛生局（以下簡稱本局）為落實臺南市婦女癌症篩檢防治工作，保障婦女身心健康，並合理使用及管理巡檢車，特訂定本要點。</p>	<p>本要點訂定目的</p>
<p>二、本要點所稱婦女癌症篩檢巡迴車，係指子宮頸抹片巡檢車及東興辦公室之乳房攝影檢查巡迴車(以下簡稱巡檢車)。</p>	<p>婦女癌症篩檢巡迴車之定義</p>
<p>三、申請資格：協助辦理本市婦女子宮頸抹片檢查或乳房攝影檢查工作之本市轄內與行政院衛生署中央健康保險局特約之醫事服務機構。</p>	<p>申請資格</p>
<p>四、申請時程：須於一至三個月前填具申請表（如附件一），經核准使用本巡檢車之醫事服務機構，如欲變更申請內容，應於使用前十五日內以公函或傳真向本局報准，違反者得停止其使用。</p>	<p>申請時程及應辦事項</p>
<p>五、申請使用說明：申請單位與其他單位使用日期有衝突者，以先申請單位為優先。但本局如需使用時，以本局優先。</p>	<p>申請使用日程衝突規定</p>
<p>六、申請使用後需填具成果表：使用單位應於每日工作結束後填寫篩檢成果表（如附件二），</p>	<p>申請使用成果、績效及車輛使用率分析。</p>

條文	說明
俾便日後評估巡檢車使用績效。	
七、申請使用後歸還規定及說明：本巡檢車每日工作結束後，應於上班時間交還本局，但為星期日、紀念日或其他休息日時，以其休息日之次日之上午八點歸還，使用期間車輛及配備儀器如有遺失、損壞時，由使用單位照價賠償。	申請使用後歸還規定及損壞賠償義務。
八、申請使用特別規定：本巡檢車除執行本局核可之業務外不得移作他用。	申請使用特別規定
九、契約訂定：借用人員應先與本局訂定契約以後，依契約內容之規範使用。	申請人應於使用前，完成與本局訂定契約
十、本要點如有未盡事宜者，得隨時修訂之。	本要點如有未盡事宜之適用法令。

(附件一)

臺南市政府衛生局婦女癌症篩檢巡迴車使用申請書

申請日期： 年 月 日

使用日期 (星期)	使用時間	活動地點	活動名稱	預估參加 人數	需使用巡檢車配備請✓		
					婦科內診台	乳房攝影 儀	乳房超音波
年 月 日 (星期)	上午 時至上午 時						
年 月 日 (星期)	上午 時至上午 時						
年 月 日 (星期)	上午 時至上午 時						
年 月 日 (星期)	上午 時至上午 時						
年 月 日 (星期)	上午 時至上午 時						
年 月 日 (星期)	上午 時至上午 時						

申請 (借用) 單位： _____

負責人： _____

承辦人： _____ 聯絡電話： _____ 傳真： _____

(附件二)

臺南市政府衛生局婦女癌症篩檢巡迴車篩檢成果表

日期	時間	巡迴檢查地點 (活動名稱)	抹片人數	乳檢人數	乳房超音波檢查人數/ 異常轉介人數	其他(自填)
					/	
					/	
					/	
					/	
					/	
					/	

借用單位：_____醫院(診所) 負責人：_____ 填報人：_____ 聯絡電話：_____

※請於活動結束三日內傳真臺南市政府衛生局國民健康科健康管理股：06-6320029