臺南市 115 學年度學齡前兒童視力篩檢試辦計畫
眼科醫療院所參與報名暨合作同意書

主辦單位：臺南市政府衛生局 ｜ 填表說明：本表兼供參與意願調查及合作同意使用；標示「可複選」者得勾選多項。

一、醫療院所基本資料

醫療院所名稱		**醫事機構代碼**	
院所地址			
院所電話		**傳真電話**	
聯絡窗口／職稱		**窗口電話／E-mail**	

二、合作項目與篩檢模式（可複選）

☐ **選項 A：提供學齡前兒童視力篩檢服務(下列模式亦可複選)**

- ☐ 模式一：醫師入園或集中篩檢站提供篩檢服務
- ☐ 模式二：由幼兒園安排兒童至眼科診所集中篩檢
- ☐ 模式三：家長自行帶兒童至診所接受篩檢

☐ **選項 B：提供篩檢異常個案門診複檢服務**

提醒：選項 A 與選項 B 均須經合作確認及申請婦幼健康管理整合系統帳號。

三、模式一儀器及人力支援需求【僅勾選選項 A—模式一之院所填寫】

（一）電腦驗光儀器提供方式：

☐ 院所自備　☐ 至衛生局借用並自行搬運　☐ 請衛生局協助媒合驗光公會提供

（二）人力支援需求（請各擇一）：

護理人力：☐ 院所自行安排　☐ 需衛生局協助

驗光人力：☐ 院所自行安排　☐ 需衛生局協助

備註：衛生局得依實際需求協助媒合；人員費及儀器相關補助依實際提供者、出勤情形與計畫規定核付，不得重複請領。

四、模式一可配合篩檢時段（可複選）實際場次依幼兒園人數、醫師及醫療院所可配合時間協調安排。

星期	上午 09:00—12:00	下午 13:00—16:00
星期一	☐ 可配合	☐ 可配合
星期二	☐ 可配合	☐ 可配合
星期三	☐ 可配合	☐ 可配合
星期四	☐ 可配合	☐ 可配合
星期五	☐ 可配合	☐ 可配合

備註：_____

五、模式一可支援篩檢行政區（可複選）

☐ 新營區	☐ 鹽水區	☐ 白河區	☐ 柳營區	☐ 後壁區
☐ 東山區	☐ 麻豆區	☐ 下營區	☐ 六甲區	☐ 官田區
☐ 大內區	☐ 佳里區	☐ 學甲區	☐ 西港區	☐ 七股區
☐ 將軍區	☐ 北門區	☐ 新化區	☐ 善化區	☐ 新市區

☐ 安定區	☐ 山上區	☐ 玉井區	☐ 楠西區	☐ 南化區
☐ 左鎮區	☐ 仁德區	☐ 歸仁區	☐ 關廟區	☐ 龍崎區
☐ 永康區	☐ 東區	☐ 南區	☐ 北區	☐ 安南區
☐ 安平區	☐ 中西區			

備註：以上為支援意願調查，非保證派案；實際篩檢地點與場次以衛生局媒合確認為準。

六、參與醫事人員資料 請填寫預計參與之人員；未配置者可留白。LINE ID 為自願填寫，不影響報名資格，僅供本計畫聯繫及排程使用。

（一）眼科醫師（必填）

姓名	醫事人員證號	電子郵件	LINE ID（選填）	聯絡電話

（二）護理師／護士/驗光師／驗光生（僅模式一需填寫）

姓名	醫事人員證號	電子郵件	LINE ID（選填）	聯絡電話

個人資料使用說明：上述資料僅供本計畫報名審核、業務聯繫、支援報備、系統權限及核銷等必要作業，依相關個人資料保護規定辦理。

七、合作事項及必要同意聲明（各項均須勾選）

☐ 支援報備：本院所同意提供必要醫事人員資料，並配合衛生局及相關主管機關依規定辦理跨機構支援報備等程序。

☐ 健保與收費：已了解選項 A 初次篩檢不得就同一服務過健保卡、申報健保給付或另收掛號費，亦不得重複請領補助；選項 B 及初次篩檢後另次就診之複檢、治療，依健保及相關規範辦理。

☐ 實際支應：已了解各項篩檢、人員、設備、出勤及複檢追蹤管理費用，均依實際執行內容、適用條件及審核結果核付，非勾選項目即當然取得補助。

☐ 資料筆數核算：篩檢費依實際提供服務、完成婦幼健康管理整合系統資料登錄並經審核符合規定之個案筆數核算；無法配合之兒童應如實填報系統相關欄位，依計畫規定審核。

☐ 資料登錄：同意於篩檢或複檢完成次日起 14 日內上傳相關結果，並配合衛生局辦理資料核對、異常追蹤及核銷。

☐ 醫療安全及個資：同意依計畫、醫療專業及相關法令執行，確認家長同意及篩檢安全，妥善保護受檢兒童個人資料。

☐出勤與履約管理：已了解排定之篩檢場次如有人員或時間變動，應事先通知衛生局並協調報備；篩檢當日（除因不可抗力因素外）若因團隊遲到致使篩檢時程延誤、影響幼兒園教學或行政安排者，將酌扣 1,000 元行政損失；若因團隊無故未到導致篩檢無法完成者，將收取／扣除 3,000 元行政損失。

☐ 兒童視力保健合作院所認證及公開名單： 本院所同意於完成合作簽約並經衛生局確認後，納入本計畫「兒童視力保健合作院所」名單，並同意衛生局於官方網站或相關衛教宣導管道公告本院所名稱、地址、聯絡電話及參與服務項目，供家長查詢篩檢與複檢服務資訊。

八、合作期間、變更及終止

（一）合作生效： 本同意書經醫療院所完成簽章，並經臺南市政府衛生局審核確認及完成合作簽約後生效。單純送件報名不代表合作已成立或已獲安排篩檢場次。參與院所應於實際提供本計畫篩檢或複檢服務前完成簽約及必要行政程序。

（二）合作期間：自衛生局確認合作生效日起，至本計畫服務、追蹤及必要結案作業完成止。初次篩檢期間為 116 年 1 月 1 日至 3 月 31 日；異常個案追蹤期間為 116 年 1 月 1 日至 6 月 5 日；如核定計畫調整，依衛生局正式通知辦理。

（三）合作變更與出勤管理：參與模式、服務區域、時段、出勤人員或支援需求如有變動，應事先通知衛生局並協調確認；已排定場次如無法執行，應儘速通知。篩檢當日（除因不可抗力因素外），若因團隊遲到致使篩檢時程延誤、影響幼兒園教學或行政安排者，將酌扣 1,000 元行政損失；若因團隊無故未到導致篩檢無法完成者，將收取／扣除 3,000 元行政損失。

（四）合作終止：院所得以書面或電子郵件通知衛生局終止合作；如有重大違規或影響篩檢品質情形，衛生局得通知改善，必要時終止合作。雙方仍應完成已執行服務之資料登錄、個案交接及核銷；費用依實際審核結果辦理。

（五）兒童視力保健合作院所認證及名單管理：為肯定眼科醫療院所投入學齡前兒童視力保健服務，經衛生局確認完成本計畫合作簽約之院所，列入「兒童視力保健合作院所」名單，並於衛生局官方網站公告，提供家長查詢可接受兒童視力篩檢或異常複檢之合作院所。合作院所如有停止參與、服務項目變更、合作終止、重大違規或其他不適合繼續列名之情形，衛生局得依實際狀況更新、暫停或撤除公告資訊。該合作識別係表示參與本計畫，不代表醫療品質評鑑、醫療效果保證或永久認證。

（六）未盡事宜：依國民健康署核定計畫、衛生局執行簡章及相關法令辦理。

九、醫療院所簽章與衛生局合作確認

本院所已詳閱本計畫招募暨執行簡章，確認本表所填資料及勾選事項，並同意依前述條款及實際協調結果參與。

醫療院所名稱：_____	負責醫師／院所負責人： _____
負責醫師簽章：_____	醫療院所印章：_____
填表日期：中華民國_____年_____月 _____日	衛生局確認日期：中華民國_____年_____月 _____日

十、報名及資料繳交方式

請將本同意書填妥並完成簽章後，掃描或以電子檔寄送臺南市政府衛生局指定信箱。

報名信箱：a00744@tncghb.gov.tw

承辦窗口：臺南市政府衛生局 國民健康科 黃技士（06-6357716#262）

臺南-學齡前視力篩檢試辦計畫醫療院所聯繫群組