|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **衛生福利部**  **牙醫診所醫療品質認證申請書** | | | | | | | | | |
|  | | | | 填表日期 年 月 日 | | | | | |
| 機構名稱  （證書名稱） | |  | | 醫療機構代碼 | | | |  | |
| 機構地址 | | □□□ | | | | | | | |
| 機構負責醫師  （證書名稱） | | （請檢附負責醫師執業執照影本） | | | | | | | |
| 執登科別 | | （請依醫療機構開業執照內容填寫） | | | | | | | |
| 登記牙醫師人數 | |  | | | | | | | |
| 專(兼)任醫師人數 | | 專任 人；兼任 人 | | | | | | | |
| 專科醫師人數 | | 口腔顎面外科 人 ；齒顎矯正科 人；口腔病理 人；贋復補綴科 人  牙周病科 人；牙髓病科 人；牙體復形科 人；兒童牙科 人；  家庭牙醫科 人；特殊需求口腔醫學科 人；植牙科 人 | | | | | | | |
| 其他登記醫事人員 | | 護理師/護士：\_\_\_\_\_\_ 人；藥師/藥劑生：\_\_\_\_\_ 人；  牙體技術師/生：\_\_\_人；醫事放射師/士：\_\_\_\_\_\_ 人；  齒模製造技術員：\_\_\_\_人 | | | | | | | |
| 非醫事人員 | | （職稱/人數） | | | | | | | |
| 機構設施 | | 門診手術室： 間；診療室： 間；觀察病床： 床  牙科治療台： 台  放射線設施(X 光室)：□有 □無；牙體技術設施(室)：□有 □無  兒童遊樂區設施：□有，項目： ，□無；  有無備查：□有 □無 | | | | | | | |
| 無障礙設施 | | 無障礙通路：□是 □否；無障礙廁所：□是 □否；  不同障別溝通服務：□是 □否；無障礙服務簡易圖示：□是 □否  申請衛生福利部「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」：  □是，通過方案(甲/乙/丙)： 方案，□未申請 | | | | | | | |
| 負責醫師看診情形：  親自看診情形：□排有診次且看診 □排有診次不看診 □不排診次也不看診(輔導依法執業) | | | 聯絡人 | | 姓名 | |  | | |
| 職稱 | |  | | |
| 電子信箱 | |  | | |
| 聯絡電話 | |  | | |
| 聯絡手機 | |  | | |
| 備註 | |  | | |
| 工作同仁(含醫事及非醫事人員)6個月內疫苗接種率   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 人員總數 | 【6 個月內】曾接種新冠肺炎、流感、  B型肝炎疫苗 | 比率(%) | | A | B | C=B/A | |  |  |  | | | |
| 診療項目 | □一般科/不分科 □口腔顎面外科 □齒顎矯正 □口腔病理科 □贋復補綴科  □牙周病科 □牙髓病科 □牙體復形科 □家庭牙醫科 □兒童牙科  □特殊需求口腔醫學科 □植牙科 | | | | | | | | |
| 申請資格 | 機構於所在地衛生局合法登記立案達 6個月（含）以上，並符合衛生福利部公告之「醫療機構設置標準」。（截至填表日止） | | | | | | | | □是 □否 |
| 機構提供牙醫醫療服務達 6個月（含）以上（截至填表日止） | | | | | | | | □是 □否 |
| 機構過去2年內曾因下列情事受衛生主管機關裁罰之紀錄：  1.聘僱或容留未具醫事人員資格者執行醫療業務。  2.違反醫師法第28條之4第1款或第2款之規定。  第1款執行中央主管機關規定不得執行之醫療行為。  第2款使用中央主管機關規定禁止使用之藥物。  3.違反醫療法第103條第2項第1款之規定。  第1款(醫療廣告)內容虛偽、誇張、歪曲事實或有傷風化。 | | | | | | | | □是 □否 |
| 其他 | 機構最近一年度衛生局基層醫療機構督導考核通過。（截至填表日止） | | | | | | | | □有  年度： 年  □無 |
| 機構最近一年度「牙醫門診加強感染管制實施方案」查核通過。（截至填表日止） | | | | | | | | □有， 年  □實訪  □書審  □無 |
| **申請機構確認以上資料，均屬真實。** | | | | | | | | | |
| 申請機構負責醫師簽章 |  | | 申請機構  印章 | | |  | | | |