|  |
| --- |
| **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 |  |