**臺中市醫院開業申請書**

**附件3**

1. 機構名稱：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：
2. 機構地址：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 傳真：
3. E-Mail：
4. 負責醫師基本資料：

姓名：　　　　　　　身分證字號：­­　　　　　　　　出生年月日：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

醫事人員證書字號：\_\_\_\_\_字第　　　　　號

1. 設立許可文號： 年 月 日 字第 號
2. 預計開業日期： 年 月 日
3. 開放床數：

1. 登記科別：

1. 醫事人員數：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.醫師 人 | 9.助產士 人 | 17.醫事放射士 人 |
| 2.中醫師 人 | 10.職能治療師 人 | 18.諮商心理師 人 |
| 3.牙醫師 人 | 11.職能治療生 人 | 19.臨床心理師 人 |
| 4.藥師 人 | 12.醫事檢驗師 人 | 20.語言治療師 人 |
| 5.藥劑生 人 | 13.醫事檢驗生 人 | 21.聽力師 人 |
| 6.護理師 人 | 14.物理治療師 人 | 22.呼吸治療師 人 |
| 7.護士 人 | 15.物理治療生 人 | 23.營養師 人 |
| 8.助產師 人 | 16.醫事放射師 人 | 24.社工人員 人 |

**申請日期：** / /  **負責醫師簽章：**

**公會戳章欄：** （請先經公會核章）

**臺中市政府衛生局「醫院」開業申請文件檢核表**

| **項目**（依據醫療法施行細則第7條） | **檢具請V** |
| --- | --- |
| 一、醫院開業申請書（先經公會核章） |  |
| 二、衛生主管機關許可設立文件 |  |
| 三、如為醫療法人者，請檢附法人登記證書 |  |
| 四、負責醫師之醫師證書正反面影本1份、二吋相片1張 |  |
| 五、符合登記診療科別之醫師證明文件 |  |
| （一）各項登記診療科別之專任醫師姓名 |  |
| （二）各診療科別之專科醫師證書影本 |  |
| 六、各類病床數統計表（含許可數、開放數）及床號表 |  |
| 七、醫院各樓層平面配置圖、配置表（列出各層用途及設施）請標示各空間用途（例如：病房、手術室、復健空間、藥局），並以「平方公尺」單位標註面積，病室另須標示浴廁面積；以「公尺」單位標註走道淨寬度、防火門及一般門淨寬度（不含門樘）、病房高度（地板至天花板） |  |
| 八、各類醫事人員名冊 |  |
| 九、特定醫療技術、醫療儀器設施清冊及相關佐證資料（特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第2條附表所列項目） |  |
| 十、醫療機構網際網路相關資訊聲明備查事項表（無設立網站者免附） |  |
| 十一、市招照片（正面、側面） |  |
| 十二、建物及土地使用權狀 |  |
| 十三、地籍圖、地籍圖謄本 |  |
| 十四、租賃契約（土地為機構所有者免付） |  |
| 十五、建築物使用執照 |  |
| 十六、建築物竣工圖（都發局核准章用印副本之影本） |  |
| 十七、其他依規應提供之文件 |  |
| （一）消防局： |  |
| 1.消防安全設備查驗合格函 |  |
| 2.防火管理員證明文件 |  |
| （二）環境保護局： |  |
| 1.事業廢棄物清理計畫送審核備函 |  |
| 2.事業廢棄物（一般及有害）委託清除、處理契約書 |  |
| 3.廢水排放試車同意函 |  |
| 4.飲用水樣品檢測報告 |  |

**醫院登記診療科別**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 登記診療科別 | 專科醫師姓名 | 專科證書字號 | 專科證書期限 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**○○醫院病床數統計表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 病床種類 | 床數 | 項目 | 病床開放數 | 病床許可數 | 備註 |
| 一般病床 | 急性病房 | 急性一般病床 |  |  |  |
| 急性精神病床 |  |  |
| 慢性病房 | 慢性一般病床 |  |  |
| 慢性精神病床 |  |  |
| **小 計** | **0** | **0** |
| 特殊病床 | 加護病床 |  |  |  |
| 燒傷病房 |  |
| 觀察病床 | 急診觀察床 |  |
| 其他 |  |
| 嬰兒病床 |  |
| 手術恢復床 |  |
| 嬰兒床 |  |
| 血液透析治療床(台) |  |
| 亞急性呼吸照護病床 |  |
| 慢性呼吸照護病床 |  |
| 安寧病床 |  |
| 急性結核病床 |  |
| 隔離病床 |  |
| **小計** | **0** |
| 其他 | 手術台 |  |  |  |
| 門診診間 |  |
| 產台 |  |
| 牙科治療台 |  |
| ***精神科日間照護人數*** |  |
| **小計** | **0** |

**醫院醫事人員名冊**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 醫事人員類別 | 姓名 | 身分證字號 | 證書字號 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**臺中市政府衛生局「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用」異動資料表**

**醫院名稱：　○○醫院**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登記資料 | 操作醫師 | 醫療機構配合人員資料 | 衛生局核准文號日期 |
| 項目編號 | 項目名稱 | 儀器名稱 | 廠牌（型號） | 許可證字號 | 醫師姓名（醫師證書）（專科證書） | 醫事人員（證書字號） | 其他人員 |
| 6 | 電腦斷層掃描儀(範例)(新增) | 電腦斷層掃描儀 | GE Optima CT660 | 衛署醫器輸字第016978號 | 陳大寶(醫字第111111號)(放診專字第000111號) | 張小玲(放字第000111號)蔡小明(放字第000112號) | 蘇大雄(輻專師字第00111號) |  |
| 8 | 高能遠距放射治療設備(範例)(人員異動) | 高能遠距放射治療設備 | VARIAN CLINAC 21EX | 衛署醫器輸字第2822號 | 陳小文(醫字第111112號)(放腫專醫字第000011號)黃小凱(醫字第111112號)(放腫專醫字第000011號) | 郭小靜(放字第001113號)林小勳(放字第0001114號) | 游小福(輻專師字第00012號)(醫物甄字第11號) | 98年10月15日中市衛醫字第0981111111號核准 |
| 8 | 高能遠距放射治療設備(範例)(停用) | 高能遠距放射治療設備 | VARIAN CLINAC 21EX | 衛署醫器輸字第2822號 | 黃小凱(醫字第111112號)(放腫專醫字第000011號) | 郭小靜(放字第001113號)林小勳(放字第0001114號) | 游小福(輻專師字第00012號)(醫物甄字第11號) | 98年10月15日中市衛醫字第0981111111號核准 |
| 13 | 主動脈支架置放術(範例)(新增) | － | － | － | 林小明(醫字第111115號)(外專醫字第001111號) | 謝大富(放字第001115號) | － |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備註：

1. 項目編號：請依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」第2條附表各項目編號填寫。
2. 儀器類別：請依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」第2條附表各項目名稱填寫。
3. 儀器名稱、廠牌型號、許可證字號：請依衛生福利部核發之醫療器材許可證填寫；如屬特定醫療技術者，則免填。
4. 操作醫師：請填寫專任之專科醫師姓名、醫師證書字號、專科證書字號等資料。
5. 醫療機構配合人員資料：請依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」第2條附表各項目所列其他操作人員資料，如：醫事放射師、醫療曝露品質保證專業人員、輻射防護師、高壓氧設備技術人員、聽力檢查技術人員、醫學物理專業人員、護理人員等。
6. 衛生局核准文號日期：業經本局報准者，請填寫本局核准文號日期；當次申請新增者，則免填。
7. 其他應檢附資料：
8. 請依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」第2條附表各項所列提供資料，如：人員資格文件、醫療器材許可證、可發生游離輻射設備登記證明文件等。
9. 如屬特定醫療技術者，請提供應備有之設備設施清冊、醫療器材輸入或製造許可證明、實地拍攝照片等。
10. 如屬美容醫學項目（附表第19、20、21項）者，請依各項目所列提供手術同意書、藥物及醫療器材輸入或製造許可證明、美容醫學光電治療設備維護保養紀錄及廠商保養合約。

**醫療機構網際網路相關資訊聲明事項表**

|  |  |
| --- | --- |
| 機構名稱 |  |
| 機構代碼 |  |
| 機構地址 |  |
| 本案聯絡人 |  | 電話 |  |

* 聲明事項：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項次 | 聲明內容 | 醫療機構自行檢核 |
| 是 | 否 |
| 1 | 網路資訊之首頁，應以明顯文字，聲明禁止任何網際網路服務業者轉錄其網路資訊之內容供人點閱。但以網路搜尋或超連結方式，進入醫療機構之網址（域）直接點閱者，不在此限。 |  |  |
| 2 | 網路資訊內容，除其他醫事法令另有規定外，不得登載其他業者或非同一醫療體系之醫療機構資訊。 |  |  |
| 3 | 網路資訊之首頁，應以明顯文字，聲明禁止任何網際網路服務業者轉錄其網路資訊之內容供人點閱。但以網路搜尋或超連結方式，進入醫療機構之網址（域）直接點閱者，不在此限。 |  |  |
| 4 | 網路資訊內容，應由醫療機構負責其正確性，不得有與事實不符或無法積極證明其為真實之內容。 |  |  |
| 5 | 網路資訊所載之醫療或健康知識，應標示製作或更新日期，並加註內容來源或主要科學文獻依據。 |  |  |

備註：請確實依「醫療機構網際網路資訊管理辦法」自行檢視網頁內容，並不得逾越醫療法相關規定。

**負責醫師簽章： 　　　　　　　年 月 日**

**醫療機構網際網路相關資訊備查事項**

※ 網域名稱或網址：

|  |  |
| --- | --- |
| 主要可供點閱項目 | 網址 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

註：表格如不敷使用請自行增加使用。

* 注意事項：
1. 首次報備請以「公文」方式函報衛生局（所）備查，並於加蓋醫療機構大小章。
2. 後續報請備查方式可以「電子郵件」方式提供，e-mail請向本局承辦人員聯繫索取；備查事項異動時，亦應依「醫療機構網際網路資訊管理辦法」第3條第1項規定，報請本局備查。