

113 年衛生福利部牙醫診所醫療品質認證試辦計畫 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；鑲復補綴科__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			
工作同仁(含醫事及非醫事人員)6個月內疫苗接種率		備註	
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	<input type="checkbox"/> 一般科/不分科 <input type="checkbox"/> 口腔顎面外科 <input type="checkbox"/> 齒顎矯正 <input type="checkbox"/> 口腔病理科 <input type="checkbox"/> 贗復補綴科 <input type="checkbox"/> 牙周病科 <input type="checkbox"/> 牙髓病科 <input type="checkbox"/> 牙體復形科 <input type="checkbox"/> 家庭牙醫科 <input type="checkbox"/> 兒童牙科 <input type="checkbox"/> 特殊需求口腔醫學科 <input type="checkbox"/> 植牙科		
申請資格	機構於所在地衛生局合法開業登記達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)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	機構提供牙醫醫療服務達6個月(含)以上(截至填表日止)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 有 年度：__年 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 有，__年 <input type="checkbox"/> 實訪 <input type="checkbox"/> 書審 <input type="checkbox"/> 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	