花蓮縣衛生局居家失能個案家庭醫師照護服務

特約申請表

112年7月1日修訂

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 單位名稱 |  | 申請日期 | 民國 年 月 日 |
| 負責人/職稱 | (請蓋章) | 聯絡電話 | 市話：  手機： |
| 承辦人/職稱 | (請蓋章) | 聯絡電話 | 市話：  手機： |
| 機構代碼 |  | 傳真電話 |  |
| 統一編號 |  | 電子信箱 |  |
| 單位地址 |  | | |
| 服務範圍 |  | | |
| 申請單位  印信 |  | | |
| 申  請  應  備  文  件 | □1.醫療機構開業執照等證明文件影本。  □2.統一編號證明文件。  □3.醫師執業執照及專科醫師證書影印本。  □4.護理師執業執照影印本。  □5.「醫師意見書訓練課程」及「長期照顧跨專業合作議題」，線上或實體完成  證明影印本(醫師、護理師)。  □6.居家失能個案家庭醫師照護服務特約單位服務人員名冊。  □7.居家失能個案家庭醫師照護服務提供單位照管資訊系統管理人員申請表。  □8.加入健保署「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」佐證  文件影本。  □有。 □無，6個月內補送。  □9.執行「預立醫療照護諮商與預立醫療決定」宣導之資格：諮商訓練課程證明  影本(醫師時數4小時、護理師時數6小時)。  □有， 人。 □無， 人，6個月內補送。  □10.與案家簽約之方案服務同意書。  □11.特約服務契約書一式二份。  **(以上資料影印本都須加蓋與"與正本相符章")** | | |

花蓮縣衛生局居家失能個案家庭醫師照護服務特約審查表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | | | |
| 附  件  資  料 | 以下檢送文件由審查人員確認  □1.醫療機構開業執照等證明文件影本。  □2.統一編號證明文件。  □3.醫師執業執照及專科醫師證書影印本。  □4.護理師執業執照影印本。  □5. 「醫師意見書訓練課程」及「長期照顧跨專業合作議題」，線上或實體完成  證明影印本(醫師、護理師)。  □6.居家失能個案家庭醫師照護服務特約單位服務人員名冊。  □7.居家失能個案家庭醫師照護服務提供單位照管資訊系統管理人員申請表。  □8.加入健保署「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」佐證  文件影本。  □有。 □無，6個月內補送。  □9.執行「預立醫療照護諮商與預立醫療決定」宣導之資格：諮商訓練課程證明  影本(醫師時數4小時、護理師時數6小時)。  □有， 人。 □無， 人，6個月內補送。  □10.與案家簽約之方案服務同意書。  □11.特約服務契約書一式二份。 | | | |
| 審查重點 | | | 機關審查結果 | |
| 申請單位所應附文件是否齊全？ | | | □是 | □否，需補件 |
| 申請單位所應附文件是否均符合規定？ | | | □符合 | □不符合 |
| 審查人員/主管核章 | |  | | |