

108 年度全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫申請書

本社區醫療群申請參加108年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

社區醫療群名稱：

醫事機構代號(執行中心)：

醫事機構名稱(執行中心)：

醫事機構負責人(執行中心)：

計畫經費撥付方式：執行中心 各診所

| | 特約醫事機構印章 | 負責醫事人員印章 |
|--------|----------|----------|
| 請蓋合約印鑑 | | |

中 華 民 國 年 月 日

108 年度_____社區醫療群合作醫院及合作單位基本資料

*合作醫院基本資料

1. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

| 合作醫院印章 | 負責醫師印章 |
|--------|--------|
| | |

2. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

| 合作醫院印章 | 負責醫師印章 |
|--------|--------|
| | |

3. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

| 合作醫院印章 | 負責醫師印章 |
|--------|--------|
| | |

*合作單位基本資料(含藥局、物理治療所、檢驗所及合作診所)

1. 合作單位代號：

合作單位名稱：

2. 合作單位代號：

合作單位名稱：

社區醫療群參與院所及醫師基本資料表

| 執行中心 註記 (*) | 診所代號 | 診所名稱 | 診所地址 | 參與醫師名單 | | | | | |
|--------------------|------|------|------|--------|-------|-----|------------|---------|------------|
| | | | | 醫師姓名 | 身分證字號 | 專科別 | 是否為新參與計畫醫師 | 新參與醫師證號 | 新參與醫師email |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

- 備註：
1. 計畫執行中心請列於診所欄位第一列，並以"*"作註記。
 2. 參與診所或醫師超過本表欄位時，可自行插入列。
 3. 新參與計畫之醫師請填寫醫師證號及電子郵件，以利後續家醫學會認證課程資料建置。
 4. 計畫執行中心務必確認表內所填之所有基本資料並依本業務組指定格式繕打(excel檔)後，將電子檔 E-mail 至 b111224@nhi.gov.tw，本業務組將依所填資料進行後續資料審查。

_____ 社區醫療群聯絡人及24小時諮詢專線設置情形

| | | 姓名 | 電話 | 電子郵件 |
|--------------|--|----|----|------|
| 醫療群聯絡人(執行中心) | | | | |
| 醫療群聯絡人 | | | | |
| | | | | |

為利醫療群基本運作，各醫療群聯絡人最多可填3位（惟第1順位聯絡人必須為計畫執行中心的醫師，第2順位聯絡人則不限），請務必提供正確聯絡方式（含姓名、電話及電子信箱），以利計畫執行期間密切聯繫。

24小時諮詢專線號碼：

諮詢專線接聽人員名單

| 醫事人員類別 | 醫事人員姓名 | 醫事人員身分證號 | 執業登記場所代號 | 執業登記場所名稱 |
|--------|--------|----------|----------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

需檢送諮詢專線接聽人員之醫事人員證書(附件一)

社區醫療群提供醫療照護品質及轉診機制情形

| 家戶會員資料 | | |
|--|---|------------------------------|
| (1) 家戶會員書面資料應妥善保管 | <input type="checkbox"/> 已確認 | <input type="checkbox"/> 未確認 |
| (2) 家戶會員資料應完成建檔 | <input type="checkbox"/> 已確認 | <input type="checkbox"/> 未確認 |
| (3) 通知家戶會員方式 | <input type="checkbox"/> 通知函 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件 <input type="checkbox"/> 看診告知 <input type="checkbox"/> 發送24小時專線貼紙 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| (4) 於8月時提供3%家戶會員確認回饋資料 | 例如： <input type="checkbox"/> 通知函回條 <input type="checkbox"/> 會員簽名 <input type="checkbox"/> 通訊軟體或電子郵件回覆截圖 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 共同照護及雙向轉診機制建立 | | |
| (1) 診所及合作醫院訂定共同照護機制及相關流程 | <input type="checkbox"/> 已完成 | <input type="checkbox"/> 未完成 |
| (2) 訂定診所與合作醫院實質合作內容（雙向轉診流程、病人共同照護、用藥及醫療品質提升計畫） | <input type="checkbox"/> 已完成 合作內容如附件二（必填） | <input type="checkbox"/> 未完成 |
| (3) 醫療群成員與合作醫院轉診資料之分享 | <input type="checkbox"/> 已完成 | <input type="checkbox"/> 未完成 |
| (4) 診所及合作醫院共同召開轉診個案照護研討會 | <input type="checkbox"/> 是 每 月 次 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 優化諮詢服務 | | |
| (1) 24小時諮詢電話建置 | <input type="checkbox"/> 已完成 | <input type="checkbox"/> 未完成 |
| (2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制 | <input type="checkbox"/> 已完成 | <input type="checkbox"/> 未完成 |
| (3) 24小時諮詢電話建置位置 | <input type="checkbox"/> 合作醫院 <input type="checkbox"/> life line <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 執行中心 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| (4) 規劃主動電訪(Call out)服務 | <input type="checkbox"/> 已完成 | <input type="checkbox"/> 未完成 |
| (5) 除電話諮詢外，提供多元諮詢服務 | <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體諮詢 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件諮詢 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 醫療群活動 | | |
| (1) 於合作醫院是否開立共同照護門診 | <input type="checkbox"/> 是 每 周 診 | <input type="checkbox"/> 否 |
| (2) 合作醫院是否提供病房巡診服務 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| (3) 是否設置專任個案管理人員 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| (4) 醫療群是否定期辦理個案研討 | <input type="checkbox"/> 是 每 月 次 | <input type="checkbox"/> 否 |
| (5) 醫療群是否定期辦理衛教宣導 | <input type="checkbox"/> 是 每 月 次 | <input type="checkbox"/> 否 |
| (6) 醫療群是否定期發行會訊 | <input type="checkbox"/> 是 每 月 次 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 醫療群運作機制 | | |
| (1) 醫療群成員間定期會議 | <input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次 | <input type="checkbox"/> 未辦理 |
| (2) 醫療群與合作醫院定期會議 | <input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次 | <input type="checkbox"/> 未辦理 |
| (3) 醫療群與合作醫院定期辦理會員團體衛教指導 | <input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次 | <input type="checkbox"/> 未辦理 |
| (4) 醫療群與合作醫院提供收案會員跨院際合作加值服務 | <input type="checkbox"/> 掛號優先 <input type="checkbox"/> 醫療費用減免 <input type="checkbox"/> 檢驗/查快速通關 <input type="checkbox"/> 門診就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 手術/住院就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 其他 | |

附件一、諮詢專線接聽人員之醫事人員證書黏貼處

附件二、診所與合作醫院實質合作內容

一、建立雙向轉診流程

二、醫療群與合作醫院病人共同照護

三、病人下轉用藥一致性

四、醫療品質提升計畫