

## 全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構醫療作業說明表

服務機構代號：\_\_\_\_\_ 服務機構名稱：\_\_\_\_\_

照護機構代號：\_\_\_\_\_ 照護機構名稱：\_\_\_\_\_

作業項目	服務內容或作業方式	
診療項目	<input type="checkbox"/> 一般門診服務 <input type="checkbox"/> 復健診療服務- <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 語言	
病歷及診療紀錄製作及保存方式	-服務機構 <input type="checkbox"/> 手寫 <input type="checkbox"/> 電腦 院民病歷 <input type="checkbox"/> 存放地點，請說明：_____ -照護機構 <input type="checkbox"/> 手寫 <input type="checkbox"/> 電腦 診療紀錄 <input type="checkbox"/> 存放地點，請說明：_____ -醫事人員執行相關診療服務後，於病歷及診療紀錄內記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 否者，請說明實情：_____	
處方作業方式	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 專人領藥 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____	
備註事項		
特約醫事服務機構及負責醫師之印信及印鑑	醫事服務機構印信	負責醫師印鑑

**※注意事項：**

1. 特約醫事服務機構第一次申請該照護機構支援或原填寫事項有異動時填報。
2. 依支援之照護機構分別填報醫療作業內容。

中華民國            年            月            日