

臺北市政府衛生局 109 年度一般護理機構督導考核紀錄表

機構自填資料表

一、機構基本資料

填寫日期：109 年 ____ 月 ____ 日

1. 機構名稱：_____

2. 機構屬性：☐ 公立 ☐ 私立 ☐ 財團法人 ☐ 公立醫院附設 ☐ 私立醫院(診所)附設

3. 機構地址：_____

4. 電話：_____ 傳真：_____

* 重要事項聯絡之電子信箱 _____ (請填寫清楚，若有變更需回覆衛生局)

5. 設立總床數：_____ 床

6. 負責人姓名：_____

7. 業務聯絡人姓名：_____

8. 防火管理人職稱及姓名：_____

9. 機構樓地板面積：(請填入總樓地板面積及各樓層樓地板面積)

(1) 機構總樓地板面積：_____ 平方公尺

(2) 機構各樓層樓地板面積：_____ 平方公尺、_____ 平方公尺

_____ 平方公尺

二、機構收費標準

1. 保證金：有 ☐ _____ 元 ☐ 無

2. 每月收費金額：(請依機構內各房等填寫收費，若非下列房等，請自行依式製作)

費用項目	收費標準		收費標準	
	收費項目		最低收費金額	最高收費金額
住宿照護 (病房費、膳食費、清潔費、護理費、庶務費...)	月托	多人房(三~八人)		
		雙人房(二人)		
		單人房(一人)		
	日托	多人房(三~八人)		
		雙人房(二人)		
		單人房(一人)		
日間照護	月托	一/人日		
		一/人月		
	日托	一/人日		
管路照護	留置鼻胃管			
	留置導尿管			
	留置氣切管			
特殊醫材	傷口護理			
	呼吸器護理			
	造瘻口護理			
其他項目	復健			
	針灸			
	氧氣機			

費用項目	收費標準	收費標準	
	收費項目	最低收費金額	最高收費金額
	就醫		
	陪診費		
	過年加價費		
	救護車		

*收費項目請確實填報

3.保留床位如何收費：

4. 使用電動氣墊床(含自備或租用)相關規定及是否取得合格標章：

三、機構入住個案活動能力 (以目前入住人數計算)

1.請以巴氏量表評估貴機構收案個案之活動能力：

0-20 分：____人 ，21-60 分：____人 ，61-90 分：____人，

91-99 分：____人 ，100 分：____人

2.機構目前收置個案中需特別護理之個案數：(以目前的人數計算)

(1)鼻胃管留置：____人 (2)導尿管留置：____人 (3)氣切套管留置：____人

(4)同時二管留置：____人 (5)同時三管留置：____人 (6)洗腎：____人

(7)壓瘡護理：____人 (8)其他傷口護理：____人 (9)需約束：____人

(10)其他：____人

四、機構人力配置與訓練(108 年 7 月至 109 年 6 月)

1.機構目前人力與訓練狀況：

職稱	專任(名)	兼任(名)	外包	長照 Level I	長照 Level II	長照 Level III	兼任人員週服務平均時數(小時)/外包 說明
機構負責人							
護理人員(護士、護理師)							
本國籍照顧服務員							
外國籍照顧服務員							

社會工作人員							
醫師							
物理治療師(生)							
職能治療師(生)							
營養師							
藥師(藥劑生)							
廚工及供膳人員							
洗衣人員及清潔人員							
行政人員(含會計、人事、總務及庶務)							
防火安全人員							
其他人員							

註：醫事人員、社工人員接受長照醫事專業課程者，請填復下列名單(如有不足請自行增列)：

職稱	姓名	身分證字號	長照 Level I 證書字號	長照 Level II I 證書字號	長照 Level III 證書字號

2.護理及照顧服務員人力配置比例(例如一位護理人員：幾位住民)

(1) 各班護理人力與住民比例：請依貴機構派班情形①或②任寫一種

①白 班：_____人，小夜班：_____人，大夜班：_____人

②白 班：_____人，夜 班：_____人

(2) 各班照顧服務員與住民比例：請依貴機構派班情形①或②任寫一種

①白 班：_____人，小夜班：_____人，大夜班：_____人

②白 班：_____人，夜 班：_____人

(3) 照顧服務員(含外籍)資料：(篇幅不足時，請自行依式製作)

姓 名	性別	年齡	教育程度	訓練名稱	訓練時間

3.社會工作業務

(1)貴機構是否設有社工人員？ ☐否 ☐是 專任：_____人 兼任：_____人

(2)請填寫負責社會工作人員的資料(篇幅不足時，請自行依式製作)

姓 名	學 歷 (科 系 別)	姓 名	學 歷 (科 系 別)

4.家屬自聘照顧服務員（含外籍）

姓 名	性 別	年 齡	教育程 度	訓練名稱	訓練時間

五.貴機構是否與其他醫療機構建立合作轉診關係

☐無 ☐有，請填下列特約醫院明細

(若超過二家醫療機構時，請自行依式製作)

機構 名稱	_____ <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所	_____ <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所
項 目	1. 科別：_____ 2. 醫院或診所以最快交通工具抵達時間？ <input type="checkbox"/> 15 分鐘內。 <input type="checkbox"/> 15 分鐘至半小時 <input type="checkbox"/> 半小時至一小時 <input type="checkbox"/> 一小時以上 3. 提供之服務內容（可複選） <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 健檢 <input type="checkbox"/> 復健 <input type="checkbox"/> 洗腎 <input type="checkbox"/> 其他 4. 巡診醫師 <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 輪調 5. 醫師巡診頻率 <input type="checkbox"/> 定期巡診，每月____次 <input type="checkbox"/> 只有白天或假日	1. 科別：_____ 2. 醫院或診所以最快交通工具抵達時間？ <input type="checkbox"/> 15 分鐘內。 <input type="checkbox"/> 15 分鐘至半小時 <input type="checkbox"/> 半小時至一小時 <input type="checkbox"/> 一小時以上 3. 提供之服務內容（可複選） <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 健檢 <input type="checkbox"/> 復健 <input type="checkbox"/> 洗腎 <input type="checkbox"/> 其他 4. 巡診醫師 <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 輪調 5. 醫師巡診頻率 <input type="checkbox"/> 定期巡診，每月____次 <input type="checkbox"/> 只有白天或假日

	<input type="checkbox"/> 隨時 ON CALL <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 隨時 ON CALL <input type="checkbox"/> 其他
--	--	--

六、實地災害模擬演練

1. 提供貴單位緊急災害應變計畫書、演練腳本
2. 至少辦理 2 次實地災害演練(含夜間演練 1 次)

☐是 ☐否(辦理規劃)_____

夜間實地災害演練之參演人員是否為包含機構業務負責人、輪值大小夜班之護理人員及照服員(包括外籍照服員)且未超過大夜班人數上限☐是 ☐否_____

七、消防安全

1. 提供防火區劃內防火填塞材質。
2. 提供貴單位防火教育訓練課程。
3. 設有 119 火災通報裝置
☐是 ☐否，預計：_____年_____月裝設完成。

八、貴單位 108 年 7 月至 109 年 6 月之服務量。

- (1) 進住總人次數：_____人次
- (2) 平均每月進住人次數：_____人次
- (3) 平均每月佔床率：_____

九、嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)確定病例之應變計畫 提供貴單位應變計畫