

中醫醫院暨醫院附設中醫部門
評鑑資料表

中醫醫院暨醫院附設中醫部門

基本資料

壹. 醫院資料：

醫院名稱：_____醫療機構統一代碼（10碼）：_____
英文全銜：_____網址：_____
醫院負責醫師姓名：_____中醫部門負責醫師姓名：_____
聯絡人姓名：_____職稱：_____
聯絡電話：_____
醫院地址：_____
填表日期：_____年_____月_____日 E-mail：_____

一、申請醫院類別（請打 "v" ）：

- ☐中醫醫院
☐醫院附設中醫部門

二、是否參加下列評鑑（選）：

- ☐95 年度中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑
☐97 年度中醫醫療機構負責醫師二年以上醫師訓練醫院評選
☐100 年度中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑
☐均未參加

三、貴院於衛生局登記開業之日期： 年 月 日；核准文號： 字 號

貳. 病床資料：（以 103 年 5 月 1 日資料為準，未提供中醫住院診療業務者或中西醫合治者免填）

分類	中醫病床
登記數 ¹	
使用數 ²	

備註：

1 登記數：指向地方衛生局申請開放使用之登記病床規模或服務量。

2 使用數：指醫院實際使用於收治病人之病床規模或服務量。

參. 人員基本資料：（以 103 年 5 月 1 日資料為準）

一、中醫師數：

1. 貴院現有登錄之專任中醫師人數_____人。

2. 請填寫下列資料：

職	稱	姓	名	執業執照號碼	到職年月日	經	歷

(本表如不敷使用，請自行加頁)

二、中醫護理人員數：

1. 貴院現有中醫護理人員_____人。

2. 請填寫下列資料：

職	稱	姓	名	執業執照號碼	到職年月日	經	歷

(本表如不敷使用，請自行加頁)

三、中藥藥事人員數：

1. 貴院現有中藥藥事人員_____人。

2. 請填寫下列資料：

職	稱	姓	名	執業執照號碼	到職年月日	經	歷

(本表如不敷使用，請自行加頁)

四、行政及其他人員：貴院現有行政（中醫部門行政）或工作人員共_____人。

肆. 門診醫療業務統計：

一、中醫門診業務：

項目	數量	期間	101 年	102 年	備 註
全年中醫門診 人次		內科			
		婦科			
		兒科			

	針灸科			
	傷科			
合計				
平均每日中醫 門診人次	內科			
	婦科			
	兒科			
	針灸科			
	傷科			
合計				

【註：若無婦科、兒科等科別之分別，則併入內科計算】

二、中醫門診病人十大疾病統計表（資料統計期間 101.01.01~102.12.31）：

101 年順位	疾 病 名 稱	I C D - 9 - C M	102 順 位
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

註：1. 統計以主診斷為統計依據。

2. 請按 101 年順位之疾病填列其於 102 年之順位。