

辦理/變更物質使用障礙症治療及生活重建業務 申請表（範本）

申請日期： 年 月 日

| | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|----|--|----|--|
| 申請項目 | | <input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 展延指定效期 <input type="checkbox"/> 變更指定業務 <input type="checkbox"/> 退出再申請 | | | | | |
| 機構基本資料 | 機構名稱 (請載明全銜) | | | | | | |
| | 醫事機構代碼 / 立案字號 | | | | | | |
| | 精神照護機構類型 | <input type="checkbox"/> 醫療機構 (<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所) <input type="checkbox"/> 心理治療所 <input type="checkbox"/> 心理諮商所 <input type="checkbox"/> 職能治療所 <input type="checkbox"/> 社會工作師事務所 <input type="checkbox"/> 護理機構 <input type="checkbox"/> 精神復健機構 | | | | | |
| | 機構電話 | | | | | | |
| | 機構地址 | | | | | | |
| | 聯絡人 | 姓名 | | 職稱 | | 電話 | |
| 申請/變更指定業務資料 | <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 變更指定業務項目 (變更申請者,請填寫變更後指定業務項目) (可複選) | <input type="checkbox"/> 藥癮治療 <input type="checkbox"/> 藥物治療 (註1) <input type="checkbox"/> 維持治療 (註1) <input type="checkbox"/> 美沙冬 (註2) <input type="checkbox"/> 丁基原啡因 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 家族治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 個案管理 <input type="checkbox"/> 生活重建：_____ | | | <input type="checkbox"/> 酒癮治療 <input type="checkbox"/> 藥物治療 (註1) <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 家族治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 個案管理 <input type="checkbox"/> 生活重建：_____ | | |
| | 指定業務之人員配置 (註3) | <input type="checkbox"/> 醫 師 _____ 名 (含精神科專科醫師 _____ 名) (註4) <input type="checkbox"/> 藥 師 _____ 名 <input type="checkbox"/> 藥 劑 生 _____ 名 <input type="checkbox"/> 護 理 人 員 _____ 名 <input type="checkbox"/> 臨 床 心 理 師 _____ 名 <input type="checkbox"/> 諮 商 心 理 師 _____ 名 <input type="checkbox"/> 職能治療人員 _____ 名 <input type="checkbox"/> 社會工作人員 _____ 名 | | | | | |
| | 註 | 1. 提供藥物或鴉片類維持治療之機構，應置醫師、藥師及護理人員至少各一名，醫師應具管制藥品使用執照，藥師得以特約方式配置或採固定合作藥局藥師方式為之（美沙冬維持治療僅得採特約方式），並均應依藥事法及藥師法等相關規定辦理。 | | | | | |

| | | |
|--|--------|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 2. 辦理/變更跨區給藥，依本部訂定之「美沙冬跨區給藥服務作業規範」，向本部申請／變更。 3. 依申請指定業務項目，置有該項業務相應之醫事人員或社會工作人員，且應檢附前一年度（申請日前一年內）8 小時成癮治療人員繼續教育訓練時數證明。 4. 未置精神科專科醫師者，應與置有精神科專科醫師之指定機構(衛生所除外)建立合作關係，併附證明文件（機構合作意向書，內容包括合作機構、合作事項、聯絡窗口、合作機制等）。 |
| | 應附佐證文件 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 機構開業執照；屬醫療機構者，應具管制藥品登記證。 2. 置有醫事人員或社會工作人員之名單，其人員之執業執照及繼續教育訓練證明文件；醫師應具管制藥品使用執照。 3. 屬醫院者，經最近一次評鑑合格之證明文件。 4. 屬未置專科醫師之機構，應備有與依本辦法指定之精神醫療機構之合作計畫。 5. 其他經中央主管機關指定之文件、資料。 |