**臺北市政府衛生局委託台灣醫務管理學會辦理**

**「111年臺北市老人健康檢查特約醫事機構品質提升**

**暨實地輔導」**

**實地訪視診所基本資料表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一 | 診所基本資料 | | | | | | | |
|  | 診所名稱： . | | | | | 院長： . | | |
|  | 老人健檢專責單位： . | | | | | 專責單位負責人： . | | |
|  | 聯絡人： . | | | | | 電話： 分機：　　. | | |
|  | 傳真： . | | | | | | | |
|  | 111年度老人健檢分配名額量： 人；實際服務量： 人 | | | | | | | |
|  | 貴院安排老人健檢之日期、時間及報到地點（樓別、樓層）： | | | | | | | |
|  |  | 日期 | | 時段 | | | | 地點 |
|  | 第一階段 | 星期 | | 點 分 至 點 分 | | | |  |
|  | 第二階段 | 星期 | | 點 分 至 點 分 | | | |  |
| 二 | 檢查項目 | | | | | | | |
|  | □一般身體檢查 | | □健康史 | | □健康諮詢 | | □血液常規檢查 | |
|  | □尿液檢查 | | □生化檢查 | | □糞便潛血檢查 | | □腹部超音波 | |
|  | □胸部X光檢查 | | □心電圖檢查 | | □α－胎兒蛋白(AFP) | | | |
|  | □子宮頸抹片檢查（女性） | | | | □甲狀腺刺激素放射免疫分析 | | | |
|  | □檢查結果之保健諮詢及異常轉介 | | | | □認知功能評估(AD-8) | | | |
|  | □憂鬱症篩檢(GDS-15) | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 三 | 檢查流程 | |  |  |  | | | | |  |  | |
|  | 1.預約登記專線電話 | | □有 | □否 | 2.檢查須知單張 | | | | | □有 | □否 | |
|  | 3.專人指引 | | □有 | □否 | 4.上網登錄檢查結果 | | | | | □有 | □否 | |
|  | 5.檢查結果通知標準 | | □有 | □否 | 6.提供健康諮詢專線電話 | | | | | □有 | □否 | |
|  | 7.每月費用申報 | | □有 | □否 | 8.追蹤、轉介資料建檔 | | | | | □有 | □否 | |
| 四 | 各類檢查之負責醫師 | | | | | | | | | | | |
|  | 檢查項目 | 醫師姓名 | | | | 職級 | | 科別 | 專科醫師證書號 | | | |
|  | 1.X光片判讀 |  | | | |  | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  |  | | | |
|  | 2.心電圖判讀 |  | | | |  | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  |  | | | |
|  | 3.執行理學檢查 |  | | | |  | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  |  | | | |
|  | | | |  | |  |  | | | |
|  | 4.執行腹部超音波 |  | | | |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |
|  | 5.執行子宮頸抹片 |  | | | |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |
|  | 檢查項目 | 醫師姓名 | | | | 職級 | | 科別 | 專科醫師證書號 | | |
| 6.執行報告總評 |  | | | |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |
|  | \*如空間不足，請依格式自行增列。 | | | | | | | | | | |
| 五 | 請詳細說明現場預約登記之流程： | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  | 填表人簽章： . | | | | | | 填表日期： . | | | | |