

「臺北市糖尿病共同照護網」機構認證申請書

一、目的：

臺北市政府衛生局自九十一年起以衛生行政的力量，建構一個跨專科、跨專業、跨層級的糖尿病共同照護網，推動糖尿病共同照護醫事機構及人員認證，期使病人得到早期發現、妥善治療、長期追蹤、全面照護的理想醫療。

二、申請認證辦法：

醫事人員應取得糖尿病共同照護網所舉辦之教育訓練課程的相關學分，並通過認證；醫療院所必須由一位認證醫師代表提出申請，填具「臺北市糖尿病共同照護網機構認證申請書」及「臺北市糖尿病共同照護網照護團隊人員申報表」，經資格審查後認定。

三、認證機構及醫事人員之權利與義務：

(一) 權利部分：

1. 取得參與中央健康保險署「全民健康保險糖尿病品質支付服務方案」之資格（詳見中央健康保險署網站<http://www.nhi.gov.tw>）。
2. 得與本市共同照護網內醫療院所互訂轉診、轉檢事宜。
3. 獲得糖尿病共同照護網相關資訊。
4. 得優先參與臺北市糖尿病共同照護網所舉辦的醫事人員教育訓練課程，並取得相關學分。

(二) 義務部分：

1. 應遵守糖尿病共同照護網所訂定之治療規範。
2. 轉診時應檢附齊全之病患基本資料。
3. 大型醫院與小型院所應互相接受轉診、轉檢。
4. 各醫療院所應接受衛生署及臺北市政府衛生局監督與管理。
5. 負有民眾衛生教育與醫事人員教育訓練之責任。

本機構已瞭解各項權利義務，願意加入臺北市糖尿病共同照護網，並同意遵守上述事項。

此致

臺北市政府衛生局

章)

機構名稱：_____ (必填寫) (請蓋醫院大

章)

機構負責人：_____ (必填寫) (簽名及蓋

名)

認證醫師代表：_____ (必填寫) (簽

機構地址：_____ (必填寫)

聯絡電話：_____ (必填寫) 傳真號碼：_____

中華民國

年

月

日

傳真至 02-8788-4560

糖尿病醫療照護團隊資料表 (請依轄區業務組要求修訂或補充)

(請填具現行所有照護團隊人員資料)

醫事機構名稱及代號：

| 序號 | 新增人員或 展延註記 | 職稱 | 姓名 | 身分證字號 | 專 / 兼任 (如為兼任, 請填 具支援期間) | 專科醫師資格及照護網認證資格 | |
|----|---------------|----|----|-------|-------------------------------|----------------|-----------|
| | | | | | | 專科醫師別 | 縣市照護網認證字號 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

- 註：1. 請填具現行所有照護團隊人員資料，其中為本次報備之「新增人員」或「展延證書」者，請另標示「新增」或「展延」以利作業。
 2. 新增人員，請檢附相關證書影本（如：醫師專科證書、護理證書、營養師證書、有效期限內之本市糖尿病照護網認證證書）。
 3. 衛生教育人員，如係**兼任**，請檢附衛生局核備函。
 4. **報備**縣市糖尿病照護網認證證書**展延**者，請檢附**展延後**照護網證書影本。