

臺北市府衛生局住宿型精神復健機構

實地輔導訪查審查表

(督導考核 不定期訪查 其他)

填表日期： 年 月 日 午 時 分

機構名稱：		機構地址：	
服務人數：	電話：	總樓板面積： 平方公尺(每床至少 10 平方公尺)	
安全設施	1. 應符合建築法及其有關法規規定	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	消防 應符合消防法暨其各有關法規規定。 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
	2. 樓梯、走道及浴廁地板應有防滑措施。	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
建築管理工程處審核結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，需補正事項： <input type="checkbox"/> 建築物防火避難設施與設備安全檢查申報結果通知書(F1-5) 審查人員簽章：		消防局審核結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，需補正事項： <input type="checkbox"/> 消防安全檢查記錄表： 審查人員簽章：	
勞動局審核結果 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，需補正事項： 審查人員簽章：			

以下項目由衛生主管機關審查

人員	類別	應設人數	實際人數	完成教育訓練	審查結果
	1. 負責人		1		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____
2. 專任管理人員 (1:10)				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
3. 專任/兼任社會工作人員		____ 時/週		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
4. 專任/兼任職能治療師(生)		____ 時/週 (至少應有 1 類人員 1 人)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
5. 專任/兼任臨床心理師					
6. 專任/兼任護理人員					

復健服務設施	1. <input type="checkbox"/> 應有臥室，平均每床(不含浴廁)至少五平方公尺，每一臥室至多設 6 床。	2. <input type="checkbox"/> 應每床置有櫥櫃或床頭櫃	3. <input type="checkbox"/> 應有書桌椅
	4. <input type="checkbox"/> 應有日常活動空間	5. <input type="checkbox"/> 應有精神復健紀錄放置設施	6. <input type="checkbox"/> 應有電話設備
	7. <input type="checkbox"/> 應有烹飪設備，如： <input type="checkbox"/> 電冰箱 <input type="checkbox"/> 廚具 <input type="checkbox"/> 餐具 <input type="checkbox"/> 微波爐 <input type="checkbox"/> 其他		
	8. <input type="checkbox"/> 應有健身設備，如： <input type="checkbox"/> 跑步機/腳踏車/划船器 <input type="checkbox"/> 跳床 <input type="checkbox"/> 運動墊 <input type="checkbox"/> 球類設備		
	9. <input type="checkbox"/> 應有康樂設備，如： <input type="checkbox"/> 音響/電視/錄放影機/伴唱機 <input type="checkbox"/> 棋類/牌類 <input type="checkbox"/> 報紙/書刊		

一般設施	1. <input type="checkbox"/> 應符合建築法及其有關法規規定。	其他	1. <input type="checkbox"/> 開業執照； <input type="checkbox"/> 評鑑合格證書 <input type="checkbox"/> 無，當年度尚未評鑑
	2. <input type="checkbox"/> 應有可資自然採光之窗戶，且數量足夠。 <input type="checkbox"/> 室內應通風、光線充足。 <input type="checkbox"/> 應有照明設備。		2. <input type="checkbox"/> 收費標準公告 <input type="checkbox"/> 收據(不超過 12,000 元/月)-健保住民及社會局托育養護個案名冊(3份*3個月)
	3. <input type="checkbox"/> 應有空調設備 <input type="checkbox"/> 應維持機構內外環境整潔。		3. <input type="checkbox"/> 用水供應充足，飲用水應符合飲用水質標準之規定。 跨樓層共用 1 台飲水機視為不符合。 <input type="checkbox"/> 飲用水設備維護，每月 1 次， <input type="checkbox"/> 每隔 3 個月檢測飲用水設備水質大腸桿菌群
	4. <input type="checkbox"/> 應有適當之衛浴設備(每 6 人至少 1 套)。		5. <input type="checkbox"/> 應有蚊、蠅、鼠害防治之適當措施。
	5. <input type="checkbox"/> 多人使用之衛浴設備應有適當隔間或門簾。		6. <input type="checkbox"/> 應有簡易急救箱，內容物應在有效期限內
	6. <input type="checkbox"/> 應設置便於殘障者行動及使用之設備、設施		7. <input type="checkbox"/> 應於明顯處張貼服務對象申訴管道及須知。 性騷擾宣導措施教育訓練： <input type="checkbox"/> 已辦理； <input type="checkbox"/> 未辦理
	7. <input type="checkbox"/> 應符合消防法法規規定，設施於效期內		8. <input type="checkbox"/> 食物檢體分開裝盛並標示日期及餐次、足量(整份或每樣食物 100 公克)冷藏存放 48 小時

審查結果	<input type="checkbox"/> 合格	負責人簽章：
	<input type="checkbox"/> 不合格，需補正事項： <input type="checkbox"/> 其他，需補正事項：	
		審查人員簽章：

臺北市政府衛生局住宿型精神復健機構

實地輔導訪查審查表

(督導考核 不定期訪查 其他)

受評機構		機構地址	聯絡電話		
機構負責人			傳真電話		
評估項目	項目說明		實地查核		評核結果與建議
			符合	不符合	
安全消防設施	樓梯、走道及浴廁地板有防滑措施。				
	逃生通道暢通，無雜物阻礙。				
	緊急聯絡管道是否張貼於明顯處。				
災害防救演練	訪談機構工作人員，說明逃生路線及等待救援空間之規劃，及發生緊急災害事件時之處理方式。				
	訪談機構工作人員，說明或操作避難器具之用途，及於災防演練中擔任之工作。				
	訪談機構住民(或學員)，是否知悉緊急連絡管道、逃生方向及方式、是否會使用滅火器…等。				
	住民及工作人員至少每半年辦理一次災防演練。				
	住宿型機構間應辦理夜間演練，每年至少一次，並備有紀錄。 最近一次消防演練日期： 年 月 日 夜間演練日期： ____年____月____日 ，主題： _____)				
	災防演練備有紀錄，並紙本函送衛生局備查。				
	災防演練有檢討改善機制，成效良好。				
其他建議事項					
審核結果	<input type="checkbox"/> 合格 負責人簽章： <input type="checkbox"/> 不合格，需補正事項及日期： <input type="checkbox"/> 其他，需補正事項及日期：				

臺北市政府衛生局**住宿型**精神復健機構

實地輔導訪查審查表

(督導考核不定期訪查其他)

:	審查日期/人員簽章：
---	------------