

臺北市衛生局日間型精神復健機構

實地輔導訪查審查表

督導考核
 不定期訪查
 其他

訪查日期： 年 月 日 午 時 分

機構名稱：		機構地址：	
電話：		服務人數：	總樓板面積： 平方公尺(每人至少5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

類別	應設人數	實際人數	完成教育訓練	審查結果	
人員	1. 負責人	1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	2. 專任管理人員 (1:15)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	
	3. 專任/兼任職能治療師(生)	____時/週		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 _____	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
	4. 專任/兼任社會工作人員	____時/週 (至少應有__類人員各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"/> 應設置復健治療空間，每服務量一人至少應有四平方公尺		2. <input type="checkbox"/> 應有會談空間	3. <input type="checkbox"/> 應有服務對象休憩空間	
	4. <input type="checkbox"/> 應有治療、評估工具		5. <input type="checkbox"/> 應有電話設備	6. <input type="checkbox"/> 應有精神復健紀錄放置設施	
	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 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 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"/> 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	
	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"/> 應有照明設備。	
	4. <input type="checkbox"/> 每二十人應有一間廁所，未滿二十人者以二十人計 <input type="checkbox"/> 應設置便於殘障者行動及使用之設備、設施			4. <input type="checkbox"/> 應有蚊、蠅、鼠害防治之適當措施。	
	5. <input type="checkbox"/> 應符合消防法規規定，設施於效期內。			5. <input type="checkbox"/> 應有簡易急救箱。內容物應在有效期限內	
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： <input type="checkbox"/> 其他，需補正事項：		審查人員簽章：		

臺北市政府衛生局日間型精神復健機構

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	
				符合	不符合
安全	樓梯、走道及浴廁地板有防滑措施。				
消防	逃生通道暢通，無雜物阻礙。				
設施	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。				
	學員及工作人員至少每半年辦理一次災防演練。並備有紀錄。 最近一次消防演練日期： 年 月 日				
	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 <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：			負責人簽章：	
				審查日期/人員簽章：	

臺北市政府衛生局日間型精神復健機構

實地輔導訪查審查表

督導考核 不定期訪查 其他

--	--