

臺中市政府衛生局113年度牙醫診所宣導及督導考核表【 區】

壹、基本資料

診所名稱			連絡電話		
負責醫師姓名			診所總面積	平方公尺	
機構地址					
負責醫師年齡是否超過70歲以上 <input type="checkbox"/> 否(以下免填) <input type="checkbox"/> 是，____歲(續填下列1. 2. 項)					
1. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 親自執行醫療業務，看診時段為何。(提供門診表查對)					
2. 若非親自執行醫療業務，原因為：_____					
診所醫事人員：醫師____人、藥師(生)____人、護理師(士)____人、其他醫事人員____人。					

貳、依法篇：請負責醫師應依實填列。(已檢視者請「v」，無該項目者請填「N」)

檢視項目	診所自我檢視	稽查員勾選	
		符合	不符合
1. 懸掛開業執照於明顯處。			
2. 市招或網際網路揭示之資訊、內容與開業執照核准之名稱相符。			
3. 診所地址及使用範圍與開業執照上地址相符。			
4. 各類醫事人員親自執行各該業務，並配戴執業執照或身分識別證明。			
5. 醫師診療前會確認病人身分(姓名、性別、年齡、身分證字號)，並親自看診及依規製作病歷。			
6. 醫療機構及其人員，因業務而知悉或持有病人病情或健康資訊，不得無故洩漏。			
7. 依本市牙醫醫療機構收費標準表收費，並有公開揭示其診所之收費標準。			
8. 掣給醫療費用明細收據(不論健保或自費皆需逐次開立、主動交付)。 【如有因治療藥品特殊性，需預先收取費用以確保病人接受治療，在符合醫療法第81條規定事先告知病人同意「須行預收且無法退還藥品費」情形下得預先收取，並應依醫療法第22條開給收據。相關規定如後附參考法條依據十六、衛生福利部函釋】			
9. 醫療機構應建立清晰、詳實、完整之記錄： (1)紙本病歷紀錄如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日；刪改部份應以畫線去除，不得塗燬；另含相關醫事人員簽章加註日期。 (2)依據電子病歷製作及管理辦法，醫療機構實施電子病歷者，應建置電子病歷資訊系統標準作業、權限管控、緊急應變、系統安全、傳輸加密及安全事故處理機制，並敘明開始實施之日期及範圍、檢附與資訊廠商之契約及驗證通過之證明文件，於實施之日起15日內報地方主管機關備查；變更實施範圍、受託機構或停止實施時亦同。 <input type="checkbox"/> 無 實施電子病歷。 <input type="checkbox"/> 有 實施電子病歷， <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否已備查相關文件。			
10. 醫療廣告不得以贈品、折扣、揪團、優惠價等不當方式宣傳。			
11. 網站依「醫療機構網際網路資訊管理辦法」報衛生局備查。【如以FB、LINE即時軟體或其它APP軟體刊登醫療廣告亦需向衛生局備查】(無網際網路廣告者填「無」)			
12. 非每日清運之感染性醫療廢棄物有專用冷藏設備且有溫度計；常溫貯存者			

檢視項目	診所自我檢視	稽查員勾選	
		符合	不符合
以1日為限，其餘須冷藏於攝氏5度以下但以7日為限；感染性廢棄物委請合格醫療廢棄物處理公司處理。(無感染性廢棄物者填「無」)			
13.醫療機構交付藥劑時(含自費藥劑)，藥袋及藥品明細需標示完整(14項)(1)病人姓名(2)性別(3)藥品名稱(4)藥品劑量(5)數量(6)用法(7)用量(8)調劑地點(9)地址(10)電話號碼(11)調劑者姓名(12)調劑日期(13)警語或副作用(14)作用或適應症。(若無完整14項標示請逕洽公會輔導或貴診所電腦公司處理)(無交付藥品者填「無」)			
14.負責醫師應督導所屬醫事人員依各該醫事專門職業法規規定,執行業務(含督導所屬人員依規辦理執、歇業及登記事項變更)。【違者依規裁處5~25萬元之罰鍰】			

參、提昇醫療品質篇：配合衛生福利部政策項目，請逐一檢視下列內容並勾選。
(已檢視者請「v」，無該項目者請填「N」)

項目	檢視細項	已檢視左列內容請打勾
一、維護病人安全、有效溝通及公共安全		
1.	醫療機構有注意病人隱私維護，符合104年衛生福利部公告規範。	
2.	訂有「病人意外事件通報」之處理流程及通報紀錄表、緊急重症患者即時醫療處置之危急值通報及流程機制。(向負責醫師通報)	
3.	急救設備充足且功能正常且無過期，「一般急救箱設備」參考如附表。	
4.	具備有可供急救使用的氧氣設備，如：氧氣筒或甦醒球(含接頭及面罩)且會操作及使用。	
5.	備有手套、口罩等防護用品。	
6.	病人接受治療時，醫療人員需親自檢視病人，依各該醫事人員法規完成相關紀錄、查核與簽署，並應向病人或家屬做詳盡的說明，必要時使用淺白的語言或使用圖片等方式輔助，以利民眾理解。	
7.	若醫療人員有接受口頭醫囑時，應依各該醫事人員法規完成紀錄外，並需再次確認其正確性，以確定資訊傳遞無誤。【相關紀錄應於單位內保存，以利備查】	
8.	若病患為緊急重症者，醫師依其專業判斷，建議或獲得病人及家屬同意開立轉診單，若協助轉診，應與轉診單位聯繫，確認轉入單位已備妥病人所需相關儀器設備或感染管制隔離需求，與可轉送的時間，【後續醫療單位回復轉診單，再將其黏貼於該名病患病歷內】。(醫療法第73條)	
9.	主動提供病人及家屬用藥、檢查及處置注意事項等就醫相關資訊，與家屬共享現有的實證醫療結果，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。	
10.	診所應訂有醫療場所暴力緊急事件處理流程並依照醫療服務特性，進行適當之空間、門禁安全控管。	
11.	診所 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 附設兒童遊樂設施；勾選有者，請繼續勾選以下內容： (1)設於診所 <input type="checkbox"/> 內 或 <input type="checkbox"/> 外； (2) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 為無動力固定於兒童遊戲場，為非機械式之兒童遊戲設施(如：溜滑梯、球池、攀爬架)；若為未固定於遊戲場或為機械式動力者(如：電動搖搖車、移動式遊	

戲設備)，請勾否。

(3)以上(2)如勾選是，請續勾選：開放使用前 是 否向衛生局完成備查。

(4)以上如勾選否(未向衛生局備查)，請檢附以下備查資料，隨本督考表回衛生局，由衛生局檢視資料完整正確後，始完成備查程序。

備查文件：(1)兒童遊戲場基本資料(2)合格保證書(3)投保公共意外責任險證明文件(4)兒童遊戲設施自主檢查表(5)具有認證標誌之合格檢驗報告。(依據兒童遊戲場設施安全管理規範第7點規定)

二、用藥安全

(一)醫師-預防病人重複用藥：

1. 病人就診時，醫師應主動詢問病人之用藥史、藥物過敏史及不良反應史，確實於電腦化醫囑系統或病歷首頁註記，並鼓勵登錄於健保IC卡中。
2. 開立處方前，應注意病人的多重用藥情形(如查閱健保醫療資訊雲端查詢系統、病人處方箋或藥袋)，以促進用藥安全。
3. 醫師開立處方時，應確認藥品名稱、劑量及用法及所註記的過敏藥物。
4. 若有使用類鴉片止痛劑，須備有類鴉片止痛劑的拮抗劑(naloxone)及緊急狀況時的標準作業流程，以確保能及時處理呼吸抑制等嚴重副作用。

(二)藥師-落實藥品優良調劑及交付安全：(如未聘藥師免填)

1. 調劑時，應主動確認病人身分，並確認藥品與醫師診斷結果相符，劑量、用法正確，所開立藥物之間是否有重複用藥、藥物交互作用，如有疑慮之處，應與醫師確認。
2. 發揮藥物諮詢功能，交付藥品時給予簡潔易懂的用藥指導、解說服藥應注意事項，並確認病人已瞭解。
3. 若發生調劑錯誤時，立即給予適當的處理，並針對發生錯誤的原因進行系統性的檢討及採取必要之預防措施。
4. 如無藥師駐診，處方箋是否釋出是否，由誰調劑：請述明_____

三、手術安全

1. 執行牙科手術前(如齒切除術、植牙…等)均充分告知病人/家屬之同意並簽署手術及麻醉同意書。
2. 手術前，應確認病人是否有藥物過敏史、參考最新實證資訊正確停用特定藥物、服用抗凝血劑/抗血小板藥的停藥天數、血小板過低、貧血、及其他足以影響手術安全之病史等；入手術室前，確實核對手術病人姓名、手術部位、手術術式、特殊病史及過敏史，核對病人身分時，應主動詢問並請病人回答，如病人無法回應問題，可改向家屬或陪同人員確認取代，並核對身分證件。手術後，評估病人恢復服用抗凝血劑/抗血小板藥的時機。
3. 有左、右區別的牙科手術，建議手術前應確認病人及手術部位。
4. 牙科手術器械確實清洗、消毒、滅菌。
5. 訂有緊急轉診流程。

四、跌倒預防

1. 對診所工作人員、病人、家屬及其照顧者，提供跌倒預防的宣導教育。
2. 病人若使用易增加跌倒風險的藥物(例如：安眠、鎮定、輕瀉、肌肉鬆弛、降壓、利尿劑

等)，須將藥物可能產生如頭暈、下肢無力等反應，向病人說明清楚，並提醒其返家應注意事項。	
3. 定期檢查診所內診療床、座椅及無障礙設施(可參酌內政部身心障礙者權益保障白皮書之無障礙環境規定，提供無障礙空間之設施與規劃)的安全性。	
4. 保持地面清潔乾燥、走道無障礙物且照明充足，如地面濕滑時，須設置警示標誌。	
5. 廁所宜加裝止滑設施。	
6. 如有體重計應固定妥當並有加裝扶手等防止跌倒的機制。(無體重計者免填)	
五、感染管制	
*請填具後附之「臺中市基層醫療診所感染管制查核表」	
六、提升婦女權益性別法律之認識與具體施行	
1. 檢視診所針對女性就醫空間規劃、服務態度、社會關係、管理、教育等多方面實施措施予以檢視及改進，以提升並營造性別友善就醫環境。	
2. 鼓勵診所醫事人員參與相關性別議題的醫學倫理與醫學教育課程，以提升醫事人員對於性別意識之知能。	
七、執登資料正確性	
請檢視診所內部是否有下列情形，須向衛生局辦理執登：2張以上執業執照、2地以上執業、人員停業期間超過1年、執業執照逾期未更新、醫療機構負責人執業場所不符、設置科別無負責之專科醫師、醫事人力數不符設置標準、執業場所空白。(若有疑問或發現有下列情形，請逕洽衛生局單一窗口李小姐詢問办理流程，連絡電話：04-25265394#3762)	
八、公告病歷複製本申請流程及收費方式	
為方便病人能儘速取得病歷複製本，請檢視診所有無將病歷複製本申請之流程及收費方式，公開揭露於明顯處。(衛生福利部105年2月23日衛部醫字第1051661182號函釋示)	
九、性騷擾防治宣導	
診所內部有張貼含性騷擾申訴之專線電話、性騷擾防治海報(或貼紙)，並訂有處理性騷擾申訴程序，有專責單位或人員處理。	
十、兒童及少年性剝削防制通報之責	
兒童及少年性剝削防制條例第7條規定略為：醫事人員、社會工作人員...，知有本條例應保護之兒童或少年，或知有第4章之犯罪嫌疑人，應即向當地直轄市、縣(市)主管機關或第5條所定機關或人員報告。本條例報告人及告發人之身分資料，應予保密。 (本局於106年12月29日以中市衛醫字第1060133581號函6大醫師公會及3大診所協會轉會員知悉)	
十一、提供安全針具	
(有安全針具者還需檢附附件資料)如診所有執行 <u>舒眠業務者</u> 務必需填報	

1. 診所是否有執行牙科**舒眠業務**

有，請續填 1-1 無

1-1 診所執行舒眠業務是採用口服藥物 針劑注射(務必勾選)

2. 無針劑業務者請勾選此欄，以下免填

3. 有針劑業務者，以下必填(106年起應全面提供，違者將依醫療法第101條裁處)

3-1. 執行針劑業務所使用之針具，如有衛福部公告之安全針具品項供替換，是否已導入使用安全針具：

是，已導入使用安全針具(續填第3-2、3-3項)

否，未提供安全針具理由：(續填第3-3項)

3-2. 本所已導入使用衛福部已公告之安全針具品項為_____ (請詳列中文或英文品名並檢附仿單或照片)

3-3. 是否知悉

(1) **醫療法第56條**：(※106年度起，應全面按衛生福利部有公告針具品項提供安全針具)醫療機構對於所屬醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，應自中華民國101年起，5年內按比例逐步完成全面提供安全針具。

(2) 違者依**醫療法第101條**處警告處分，並限期改善；屆期未改善者，處新臺幣1萬元以上5萬元以下罰鍰，按次連續處罰。

知悉 不知悉

十二、放射安全作業

(1) 操作可發生游離輻射設備之醫事人員數：醫師：____人；醫事放射師(士)：____人。

(2) 操作可發生游離輻射設備醫事人員人事資料：

姓名	醫事人員類別	執業執照字號	可操作游離輻射設備證明
			<input type="checkbox"/> 游離輻射防護18小時訓練 <input type="checkbox"/> 操作人員輻射安全證書_____字第_____號
			<input type="checkbox"/> 游離輻射防護18小時訓練 <input type="checkbox"/> 操作人員輻射安全證書_____字第_____號
			<input type="checkbox"/> 游離輻射防護18小時訓練 <input type="checkbox"/> 操作人員輻射安全證書_____字第_____號
			<input type="checkbox"/> 游離輻射防護18小時訓練 <input type="checkbox"/> 操作人員輻射安全證書_____字第_____號

(3)儀器設備(含非游離輻射設備)資料：

項次	1	2	3	4
設備類別				
設備型態	<input type="checkbox"/> 數位化設備 <input type="checkbox"/> 傳統設備	<input type="checkbox"/> 數位化設備 <input type="checkbox"/> 傳統設備	<input type="checkbox"/> 數位化設備 <input type="checkbox"/> 傳統設備	<input type="checkbox"/> 數位化設備 <input type="checkbox"/> 傳統設備
設備登記證字號				
登記證發照日期				
登記證有效日期				
設備購置日期				

(4)攝影檢查前應再三核對確認受檢者身分、是否懷孕及檢查部位：是 否

(5)檢查室須有安全連鎖裝置及警示燈能正常運作：是 否

(6)備有防護鉛衣供受檢者使用，且正確存放(採平坦放置或以衣架式掛放於X光室內，不得摺疊或採尖掛式存放)，鉛衣須無折痕或裂痕：是 否

十三、建置友善無障礙就醫環境

1. 是 否 設有身心障礙者特別門診

2. 是 否 具溝通友善設備(勾選「是」者請選取以下具備項目)

手寫板 溝通圖卡 聲音放大器 視訊設備(如手譯員視訊服務) 口譯機 影像及語音叫號設備 無障礙藥袋 其他(請自填)_____

3. 是 否 設有無障礙空間(勾選「是」者請選取以下具備項目)

無障礙坡道 活動式斜坡板 升降梯 無障礙廁所 無障礙櫃台 其他(請自填)_____

4. 是 否 設有輔助檢查設備(勾選「是」者請選取以下具備項目)

移位機 無障礙X光機 輪椅體重機 其他(請自填)_____

肆、夥伴合作篇

檢視細項

1. 請協助宣導珍惜醫療資源，減免無效醫療耗用。

2. 請協助宣導並招募員工、親友、病患，加入器官捐贈、安寧療護推廣行列。

3. 鼓勵公共場所設置AED，目前診所內 有 無 設置。

4. 基層診所暴力事件通報：

發生暴力事件，並務必先行通報當地警察局或派出所(撥打110)，以協助排除或制止暴力事件，後續依據本市醫療暴力案件通報流程向臺中地檢署及本局通報。(通報表下載路徑：衛生局網頁/專業服務/醫事管理/醫療暴力通報)。

5. 請加強醫療爭議案件之關懷、溝通服務品質。

6. 推動提供無障礙友善環境。(請協助填寫附件之「臺中市診所113年無障礙友善就醫環境推廣調查表」)

7. 推動環境保護與節能減碳的行動，如：使用省電燈具 節約用水用電 減少使用一次用產品 廢棄物減量 落實回收 其他 (請協助填寫附件之「臺中市診所113年低碳永續調查表」)

8. 診所掛號費收費情形，請公告於診所明顯處，供民眾知悉，以減少爭議。另如有調漲請以傳真方式回傳(04-25155449)或於Google表單(網址：<https://forms.gle/9qTM21f3QUC7Jxqk7>)等方式通知衛生局。

9. 為提供本市長者及身心障礙者更可近的就醫資源，請踴躍加入敬老愛心卡福利加值服務行列。

宣導項目

診所負責醫師簽章：_____

113 年 月 日

實地訪查簽章

診所接洽人員簽章：_____

113 年 月 日

衛生局訪查人員簽章：_____

113 年 月 日

伍、需檢附之資料如下：

若有涉及病患個資，請刪除個資部分僅留病歷號即可，連同督考表寄送公會彙整

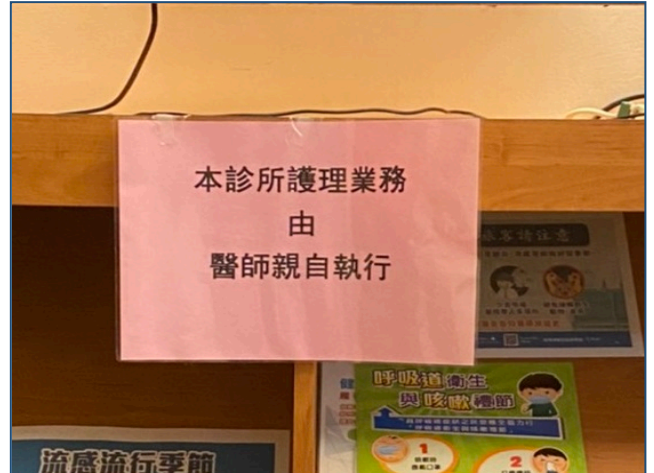
序號	檢附內容	檢視有無 (V/×)
1	負責醫師70歲以上需檢附門診看診時間表	
2	未配置護理人員： 於明顯處所揭露相關訊息，如張貼紙本或以跑馬燈等方式公告「本診所護理業務由醫師親自執行」（請檢附照片或列印紙本）。	
3	兒童遊戲場(無動力固定於兒童遊戲場且為非機械式)： 檢附備查資料：(1)兒童遊戲場基本資料(2)合格保證書(3)投保公共意外責任險證明文件(4)兒童遊戲設施自主檢查表(5)具有認證標誌之合格檢驗報告；或已完成備查之公文。	

未配置護理人員之診所請務必張貼

「本診所護理業務由醫師親自執行」之海報

診所

➤ 範本



➤ 請黏貼（提供）照片或影像列印為佐證（張貼在診所內明顯處）

臺中市基層醫療診所感染管制查核表-牙醫診所【 區】

診所

項目	檢視細項	符合	不符合	不適用
落實感染管制措施，並對發燒或疑似感染之病人採取合適之防護措施	1. 張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，出現發燒、呼吸道症狀皆請配戴口罩候診及主動告知醫療照護人員症狀，於掛號時主動詢問病人有無呼吸道症狀。			
	2. 對發燒或疑似感染之病人有詢問並記錄TOCC(旅遊史、職業別、接觸史及是否群聚)的機制。			
	3. 應遵循標準防護措施及依照傳染途徑(空氣傳播、飛沫傳播、接觸傳播等)，採取適當感染管制對策。			
	4. 提供衛生紙及不需以手直接接觸的有蓋垃圾桶(例如：腳踏式垃圾桶)供丟棄衛生紙。			
應有充足且適當之洗手設備，確實執行手部衛生	1. 於候診區等公共區域提醒病人及家屬落實手部衛生及咳嗽禮節，並備有手部衛生設備。			
	2. 診所設有洗手設備： (1)濕洗手設備 包括洗手台、洗手劑(肥皂、液態皂)、擦手紙(或手部乾燥設備：如烘手機) (2)乾洗手：酒精性乾洗手液			
	3. 工作人員瞭解洗手5時機：1. 接觸病人前、2. 執行清潔/無菌操作技術前、3. 有暴露病人血液體液風險後、4. 接觸病人後、5. 接觸病人週遭環境後，應以濕洗手或酒精性乾洗手確實洗手。			
配合主管機關對傳染病進行通報，並蒐集最新傳染病疫情，確實傳達與採取適當因應措施	1. 訂有傳染病監視通報機制，有專人負責及配合傳染病監視通報。			
	2. 於診間或候診區張貼最新疫情防治文宣提醒就醫民眾提高警覺。			
	3. 取得最新疫情資訊，對全部員工宣導教育；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，配合主管機關最新規定，規劃並執行相關感染管制處置作為。			
工作人員確實遵守安全注射行為	1. 以無菌操作技術在清潔乾淨區域準備注射藥品；每次注射使用的針頭、針筒、管路(tubing)和轉接器(connector)等皆需為全新原廠包裝，單次使用後立即拋棄，不可重複使用。 未提供針劑注射者請勾選不適用			
	2. 單一劑量包裝或單次使用的小瓶裝、安瓿裝、瓶			

項目	檢視細項	符合	不符合	不適用
	裝、袋裝靜脈注射藥品只能用一位病人。 未提供針劑注射者請勾選不適用			
	3. 多劑量包裝的藥品在開封後應標註使用期限（開封日與到期日）及存放於適當環境，不帶到病人治療區（如手術室、抽血區、注射區、血液透析床旁等）及存放於乾淨區；若廠商說明書未載明開封後可使用期限，則最長不可超過28天，不可逾期存放。 無多劑量包裝或未提供針劑注射者請勾選不適用			
	4. 多劑量包裝藥品不可將針頭留置於藥瓶上重複抽藥，藥品應集中存放在清潔乾淨區，避免交叉汙染。 無多劑量包裝或未提供針劑注射者請勾選不適用			
工作人員清楚了解暴露血液、體液及尖銳物品扎傷之處理流程	1. 採檢血液檢體前，應做適當無菌消毒。 無進行採血送檢者請勾選不適用			
	2. 診所備有安全處理感染性廢棄物及尖銳廢棄物的容器，並放置在尖銳器械使用地點附近；且工作人員正確執行使用後的尖銳物品處理步驟。			
	3. 有尖銳物品扎傷及血液、體液暴觸處理追蹤機制，並確實執行。			
依實務需求備有合格之個人防護裝備	應依感染風險，穿戴符合實務需求的個人防護裝備，尤其在有可能接觸或被病人的血液、體液、分泌物飛濺之風險時（例如：進行採血或靜脈穿刺、或處理外科傷口、血液、體液等檢體時），穿戴如：口罩、手套、工作服、護目鏡或面罩、隔離衣（必要時要有防水功能）等防護裝備。			
確實執行衛材/器械之清潔、消毒、滅菌等管理	1. 每天至少一次以能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑（如漂白水等）確實消毒照護環境、各項設施（含扶手、門把、兒童遊戲設備、玩具）及儀器面板等，並有紀錄。			
	2. 確實依照廠商建議與相關指引訂定作業流程，執行衛材及醫療器械（包括軟式內視鏡等）之清潔、消毒、滅菌程序，並有適當監測及紀錄；不重複消毒使用單次拋棄式醫療器材。 未提供相關服務者請勾選不適用			
	3. 不使用及儲放過期物品、衛材。			

診所負責醫師簽章：

113 年 月 日

複查負責醫師簽章：

113 年 月 日

臺中市診所 113 年無障礙友善就醫環境調查表

診所名稱	
<p>1. 診所是否設有身心障礙者特別門診？</p> <p><input type="checkbox"/>是，門診時間：_____</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	
<p>2. 是否有參加衛生福利部「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」？</p> <p><input type="checkbox"/>是，參加<input type="checkbox"/>110 年度 <input type="checkbox"/>112 年度</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	
<p>3. 是否設有無障礙服務鈴？</p> <p><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>	
<p>4. 是否具備有溝通友善設備 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否（勾選「是」者請選取以下具備項目）</p> <p><input type="checkbox"/>手寫板 <input type="checkbox"/>溝通圖卡 <input type="checkbox"/>聲音放大器 <input type="checkbox"/>視訊設備（如手譯員視訊服務）<input type="checkbox"/>口譯機</p> <p><input type="checkbox"/>影像及語音叫號設備<input type="checkbox"/>無障礙藥袋</p> <p><input type="checkbox"/>其他（請自填）_____</p>	
<p>5. 是否設有無障礙空間 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否（勾選「是」者請選取以下具備項目）</p> <p><input type="checkbox"/>通道皆無高低落差 <input type="checkbox"/>無障礙坡道 <input type="checkbox"/>活動式斜坡板</p> <p><input type="checkbox"/>升降梯 <input type="checkbox"/>電梯 <input type="checkbox"/>無障礙廁所 <input type="checkbox"/>無障礙櫃台</p> <p><input type="checkbox"/>其他（請自填）_____</p>	
<p>6. 是否設有輔助檢查設備 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否（勾選「是」者請選取以下具備項目）</p> <p><input type="checkbox"/>移位機 <input type="checkbox"/>無障礙 X 光機 <input type="checkbox"/>輪椅體重機</p> <p><input type="checkbox"/>其他（請自填）_____</p>	
<p>7. 其他無障礙友善服務：（請摘要說明）</p> 	

臺中市診所 113 年低碳永續調查表

診所名稱		建築物類型： <input type="checkbox"/> 獨棟(透天) <input type="checkbox"/> 集合式住宅(大樓)
太陽光電 發電設備 調查	1. 診所所在之建築物(大樓頂樓)目前是否已有設置太陽光電發電設備？	<input type="checkbox"/> 是，容量：_____kWp <input type="checkbox"/> 否
	2. 診所場地是否係為租賃？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	3. 診所所在樓層？	_____樓
	4. 是否有意願設置太陽光電發電設備？	<input type="checkbox"/> 已設置 <input type="checkbox"/> 有意願 <input type="checkbox"/> 無意願，原因(請說明)： _____ _____ _____ _____
響應低碳 節能作為	1. 節約用電	<input type="checkbox"/> 張貼節約用電標語 <input type="checkbox"/> 使用省電燈泡 <input type="checkbox"/> 安裝節電設備 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	2. 節約用水	<input type="checkbox"/> 張貼節約用水標語 <input type="checkbox"/> 使用省水馬桶 <input type="checkbox"/> 洗手安裝省水裝置 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	3. 減少廢棄物	<input type="checkbox"/> 垃圾分類回收 <input type="checkbox"/> 採用電子病歷 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	4. 綠化環境	<input type="checkbox"/> 栽種植物 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	5. 其他(請自行填寫)	_____ _____