

附件一 特約醫療機構參與「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護」前瞻性支付方式計畫申請書

壹、整合性照護系統醫療機構名單

整合性照護系統								各照護階段病床數（床）					
醫療機構名稱	醫療機構代號	整合關係(勾選)		層級(勾選)				加護病房				亞急性呼吸 照護病房	慢性呼吸 照護病房
		主要負責 醫院	系統內其他 醫療機構	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	居家照 護機構	甲 級	乙 級	丙 級	丁 級		

第一聯

保險人存查

第二聯

醫院存底

備註：1. 主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。

2. 整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。

3. 本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、 配合措施：

一、 個案管理人措施

個案管理人姓名 ：
學歷 ：
經歷 ：
聯絡電話 ：
職掌 ：1.
 2.

二、 個案轉介措施

三、 系統內醫院輔導措施

四、 醫療品質確保措施

參、 預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁

請惠予核定為荷。此致

保險人

發文日期： 年 月 日

發文字號： 字第 號

申請醫療機構名稱及代號：

負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

備註：本申請書一式二聯由特約醫療機構填寫，經醫療機構負責人簽章後，逕寄本保險之分區辦理。

亞急性呼吸照護病房
慢性呼吸照護病房
居家照護機構

相關醫事人員暨設備資料表

全 頁，第 頁

序 號	職稱 代碼 ＊	專任或兼任(勾選)		姓 名	身分證字號	出 生 年 月 日	執業執照字號	設備	
		專任	兼任					名稱	型號

*職稱代碼：1：胸腔專科醫師，2：住院醫師，3：護理人員，4：病患服務員，5：呼吸治療人員，6：其他