

南投縣政府衛生局
周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫申請表

醫療院所/公會名稱：		十碼代碼：	
醫療院所負責人/理事長：			
地址：□□□-□□□ 南投縣			
聯絡人：		院所電話：(049)-	E-mail：
申請 資料 檢核	一、請依序檢附下列影本文件：		
	(一)申請資格		
	1. ☐ 醫療機構開業執照(須登記有婦產科診療科別)影本 或 ☐ 依法立案(登記)證書影本		
	(二)專業能力證明		
	1. ☐ 專科醫師證書：(請檢附 1 名負責本計畫醫師之證書) ☐ 婦產科☐ 家醫科☐ 小兒科☐ 其他_____		
	2. ☐ 孕產(兒)婦相關教育訓練證書或證明文件(請檢附) (如周產期照護、母乳哺育、高風險孕產婦、個案管理、新生兒照護等相關教育訓練)		
	3. ☐ 設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室 ☐ 是(請檢附相關佐證文件) ☐ 否		
	4. ☐ 母嬰親善院所(或機構) ☐ 有(請檢附相關佐證文件) ☐ 無		
	5. ☐ 孕產婦(兒)轉診機制 (如流程圖、SOP、合作醫療院所名單或相關文件)		
	6. ☐ 健康風險因子轉介資源機制 (如流程圖、資源網絡、轉介流程或 SOP 等)		
7. ☐ 協助追蹤管理個案之人員數：_____人			
二、連線網際網路設備及功能： ☐ 有 ☐ 無			
三、其他文件：			
1. ☐ 計畫書(依公告格式)			
2. ☐ 合作同意書			
3. ☐ 公職人員及關係人身分關係揭露表(負責人)			

備註：

(一) 請依本檢核表順序檢附相關文件，以利審查。

(二) 本局得視審查需要，通知申請單位補充相關文件。

個人資料蒐集、處理利用同意聲明：

本人（機構）同意提供本申請表所列之各項資料，供南投縣政府衛生局辦理周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫之申請、審查、管理及相關業務使用，並同意於法令規定範圍內蒐集、處理及利用該等資料。

此致 南投縣政府衛生局

負責人簽名（章）：_____

申請日期：_____

【以下由南投縣政府衛生局填寫】

審核結果：

☐ 通過，同意列為「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」合作醫療院所(或機構)。

☐ 未通過，原因：

審核人：

審核日期：

審核主管：