

雲林縣醫療機構實施電子病歷申請書(診所)

新增及變更實施範圍、變更受託機構或停止實施適用

一、醫療機構以電子文件方式製作及貯存之病歷，得免另以書面方式製作；其資格條件與製作方式、內容及其他應遵行事項之辦法，請確依應醫療機構電子病歷製作及管理辦法辦理。			
二、依據醫療機構電子病歷製作及管理辦法第 9 條： 醫療機構實施電子病歷者，應敘明開始實施之日期及範圍，並檢附第 6 條第 2 項契約及第 3 項驗證通過之證明文件，於實施之日起 15 日內報直轄市、縣（市）主管機關備查；變更實施範圍、受託機構或停止實施時亦同。			
一、醫療機構之基本資料			
機構名稱		機構代碼	
機構負責人		聯絡人	
電話		申請項目 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 新增實施範圍 <input type="checkbox"/> 變更實施範圍 <input type="checkbox"/> 變更受託機構 <input type="checkbox"/> 停止實施
二、申請實施電子病歷之資料			
電子病歷施行日期	_____年_____月_____日至永久。		
資訊系統建置及管理 (單選, ✓)	<input type="checkbox"/> 委託大專校院、依法登記或立案之法人、機構或團體。 受託機構名稱：_____公司。		
	<input type="checkbox"/> 委託所屬醫療法人或其他法人之其他附設醫院。 受託機構名稱：_____醫院。		
	<input type="checkbox"/> 委託所屬學校之其他附設醫院。 受託機構名稱：_____醫院。		
	<input type="checkbox"/> 委託所屬機關設立之其他醫院。 受託機構名稱：_____醫院。		
	<input type="checkbox"/> 自行開發。		
電子病歷項目/範圍： (多選, ✓)	<input type="checkbox"/> 門診病歷(處方)		
	<input type="checkbox"/> 門診病歷(處置)		
	<input type="checkbox"/> 門診病歷(檢驗)		
	<input type="checkbox"/> 門診病歷(檢查)		
	<input type="checkbox"/> 影像(圖形)病歷		
	<input type="checkbox"/> 其他(請自行填列)		
附繳文件： (多選, ✓)	<input type="checkbox"/> 書面契約，_____份(張)。		
	<input type="checkbox"/> 資訊安全標準驗證之證明文件，_____份(張)。		
	<input type="checkbox"/> 無。		

醫療機構
用印

負責人
用印