112.10.18訂

第1頁，共3頁

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **臺東縣醫療院所協助辦理預防接種服務合約申請表** | | |
| 醫療院所名稱： 十碼代碼： | | |
| 醫療院所負責人： | | |
| 醫院等級別: □醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □基層診所 □衛生所 | | |
| 地址：臺東縣 鄉/鎮/市 | | |
| 聯絡人： | 聯絡人電話： | 聯絡人E-mail: |
| 是否為本年度幼兒常規預防接種合約院所或COVID-19疫苗合約院所 □是 □否 | | |
| **申請合約資格類別：**  □ 1.B型肝炎免疫球蛋白(HBIG)  □ 2.B型肝炎疫苗(rHepB)  □ 3.五合一疫苗：白喉、破傷風、非細胞性百日咳、不活化小兒麻痺及b 型嗜血桿菌混合疫苗（DTaP- IPV-Hib）  □ 4.六合一疫苗：白喉、破傷風、非細胞性百日咳、不活化小兒麻痺、b 型嗜血桿菌混合疫苗及B 型肝炎（DTaP- IPV-Hib- rHepB）  □ 5.幼兒結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV13)  □ 6.卡介苗(BCG)  □ 7.四合一疫苗：減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗（TdapIPV）或白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗(DTaPIPV)。  □ 8.白喉、破傷風混合疫苗（DT）、破傷風減量白喉混合疫苗（Td）  □ 9.注射式小兒麻痺疫苗（IPV）【（IPV）經衛生福利部疾病管制署審定符合接種注射式小兒麻痺疫苗者】。  □ 10.b型嗜血桿菌疫苗（Hib）。  □ 11.水痘疫苗(Var)  □ 12.麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗（MMR）（□學幼童□育齡婦女）  □ 13.日本腦炎疫苗（JE）  □ 14.A型肝炎疫苗（HepA）  □ 15.長者肺炎鏈球菌疫苗 （PCV13/PCV15及PPV23）  □ 16.流感疫苗  □ 3歲以下幼兒流感疫苗  □ 3歲以上幼兒流感疫苗  □ 成人流感疫苗  □ 17.COVID-19疫苗  □ 18.猴痘疫苗  □ 19.其他經中央、地方主管機關公佈增列之疫苗：  / /  **請依序檢附下列文件：**  **一、專科醫師證書（影本一份）：**□內科 □家醫科 □兒科 □其他：  **二、冷藏設備及疫苗管理能力(本年度幼兒常規預防接種合約院所或COVID-19疫苗合約院所無須提供1~6文件)**  1.冷藏/監測設備符合規定：□是 □否；  2.冷運設備：冰寶、冰桶、高低溫度計(請檢附照片)；  3.溫度異常警報器或保全系統(請檢附照片)；  4.疫苗冰箱溫度異常緊急應變作業流程及聯絡人資訊(需含衛生所人員)  5.各層架溫度分布紀錄：□有 □無；  6.冷藏設備啟用前連續2週之溫度控制範圍於2-8℃間記錄：□有 □無；  7.具專責疫苗管理能力人員數： 人；訓練/認證證明：□有 □無  **三、連線網際網路設備及功能(需安裝Google Chrome瀏覽器)：**□有 □無  **四、接種流程圖（應包含接種前三讀五對流程）：**  □有(且需確認疫苗能確實接種於計畫實施對象身上) □無  **五、接種場所空間配置（含接種等待區、評估區、接種區及休息區等）：**□有 □無  **六、接種人力編制：**  醫師 名、護理人員 名、社服人員 名及臨時可機動調派人力 名  **七、公費及自費疫苗收費細目與金額**  1. 公費疫苗：醫療費用收費金額（必填欄位）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 疫苗類別 | 對象 | 掛號費 | 其他接種相關醫療費用 | | 常規疫苗 | 幼兒 |  |  | | 流感疫苗 | 年滿6個月-國小入學前幼兒 |  |  | | 50-64歲成人 |  |  | | 65歲以上老人 |  |  | | 重大傷病患者及慢性病人 |  |  | | 孕婦及6個月內嬰兒之父母 |  |  | | Covid-19疫苗 | 年滿6個月以上民眾 |  |  | | 肺炎鏈球菌疫苗 | 65歲以上老人 |  |  |   2. 自費疫苗：所有費用（掛號費等接種相關費用）  □無供應 ；  □有供應：   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 疫苗種類 | 疫苗金額 | 掛號費 | 其他接種相關醫療費用 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | 第2頁，共3頁 |  |  |  |   **八、院所內使用之全國醫療院所醫療系統(HIS)已申請API介接至全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)：**□有，HIS廠商名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_或□院內自行開發之HIS  □無  **申請人已審閱合約書並充分瞭解計畫規定，並願遵照疾病管制署及臺東縣衛生局相關規定辦理接種服務。**  **個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：**申請人同意提供本表所列及提供之個人資料，做為辦理預防接種相關業務使用。  **此致 臺東縣 衛生局**  **負責人簽名（章）**  **申請日期： 年 月 日** | | |
| **審核結果：□同意**為預防接種合約院所資格  **□待審核；建議修正意見及補提報資料：**    **□不同意；原因：**  **審核人： 審核日期： 年 月 日**  **單位主管：** | | |

第3頁，共3頁