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