

## 新竹縣糖尿病共同照護網醫療團隊申報表

醫事服務機構名稱：\_\_\_\_\_ 醫事服務機構代號：\_\_\_\_\_

聯絡人姓名及電話：\_\_\_\_\_

糖尿病醫療團隊成員：

### 壹、醫師

姓 名	身 分 證 號	備 註
		具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效： <u>範例 95/02/02~98/02/02</u> CDE 取得日期：_____ 人員現況： <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 <input type="checkbox"/> 已報備 <input type="checkbox"/> 新增人員 <input type="checkbox"/> 已離職
		具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效：_____ CDE 取得日期：_____ 人員現況： <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 <input type="checkbox"/> 已報備 <input type="checkbox"/> 新增人員 <input type="checkbox"/> 已離職
		具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效：_____ CDE 取得日期：_____ 人員現況： <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 <input type="checkbox"/> 已報備 <input type="checkbox"/> 新增人員 <input type="checkbox"/> 已離職

### 貳、糖尿病衛教護理人員：

姓 名	身 分 證 號	備 註
		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 共同聘 原任職機構名稱及地址_____
		具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效：_____ CDE 取得日期：_____
		人員現況： <input type="checkbox"/> 已報備 <input type="checkbox"/> 新增人員 <input type="checkbox"/> 已離職
		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 共同聘 原任職機構名稱及地址_____
		具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效：_____ CDE 取得日期：_____
		人員現況： <input type="checkbox"/> 已報備 <input type="checkbox"/> 新增人員 <input type="checkbox"/> 已離職
		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 共同聘 原任職機構名稱及地址_____
		具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效：_____ CDE 取得日期：_____
		人員現況： <input type="checkbox"/> 已報備 <input type="checkbox"/> 新增人員 <input type="checkbox"/> 已離職
		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 共同聘 原任職機構名稱及地址_____
		具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效：_____ CDE 取得日期：_____
		人員現況： <input type="checkbox"/> 已報備 <input type="checkbox"/> 新增人員 <input type="checkbox"/> 已離職

若為數家院所共同聘請糖尿病衛教護理師，請填寫合作院所下列資料：

合作院所名稱	院所機構代號	認證醫師姓名	共同聘用衛教護理人員姓名

參、糖尿病衛教營養師：

姓名	身分證號	備註	
		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 共同聘 原任職機構名稱及地址_____	具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效： CDE取得日期：
		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 共同聘 原任職機構名稱及地址_____	具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效： CDE取得日期：
		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 共同聘 原任職機構名稱及地址_____	具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效： CDE取得日期：
		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 共同聘 原任職機構名稱及地址_____	具有新竹縣糖尿病共同照護網證書號：新縣衛糖字第_____號 證書期效： CDE取得日期：

若為數家院所共同聘請糖尿病衛教營養師，請填寫合作院所下列資料：

合作院所名稱	院所機構代號	認證醫師姓名	共同聘用衛教營養師姓名

注意事項：

- 凡參加「全民健康保險糖尿病醫療品質支付服務方案」之認證院所必須填寫本申報表向當地衛生局健康促進科報備，衛生局於完成審核後函知健保署分局，醫療院所不需另向健保署分局報備；於經核准後使得申報「全民健康保險糖尿病醫療品質支付服務方案」之相關醫療費用。
- 醫療團隊成員若有異動，請於異動後二週內重新填寫本申報表，向本局核備。

加入新竹縣糖尿病共同照護網時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申請異動時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

=====

審查結果：新竹縣政府衛生局填寫：同意 不同意 其他

審查人員核章	承辦人員：	科長：	局長：