

臺中市政府衛生局

115 年消弭原鄉健康不平等計畫(結核病防治主動發現部分)
資格審核表

一、基本資料

醫事機構名稱：

醫事機構負責人姓名：

聯絡地址：

聯絡電話：

申請日期：

二、資格審核資料

- 1.為本市衛生所或依醫療相關法規設立於本市之合法診所或醫院(請檢附開業執照影本 1 份俾供審查用)。

☐是

☐否

- 2.是否具有胸部 X 光設備(若答案為”是”者，請續答第 3 題)

☐是

☐否

- 3.是否願意配合本計畫修改資訊系統與疾病管制署雙向介接，設定符合本計畫篩檢對象友善提醒功能、每日自動傳送申報健保「E4009C 設籍山地鄉民眾胸部 X 光檢查」相關資料，並將篩檢結果(如：胸部 X 光檢查日期、胸部 X 光檢查判讀結果)上傳回疾管署結核病追蹤管理系統。

☐是

☐否

~感謝您的配合，以下由本局填寫，謝謝~

審核結果：☐符合 ☐不符合 原因：_____

審核日期：

審核人員：

科長：