

高 雄 市 中 醫 師 公 會 函

地址：高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓

傳真：(07)554-2901

電話：(07)552-5851

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 112 年 10 月 18 日

發文字號：高市中醫(龍)字第 097 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會於 112 年 11 月 15 日辦理「中藥用藥安全管理及品質提升」影音課程相關函文暨附件乙份，請查照。

說明：

一、依據中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會 112 年 10 月 17 日中執高屏(龍)字第 073 號函辦理。

二、上課日期：112 年 11 月 15 日(星期三)

(分上、下午場次，請擇一場次報名)

*上午場次：09:30~12:00 (09:15 報到)

*下午場次：14:00~16:30 (13:45 報到)

地點：高雄市中醫師公會會館(高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓)

三、課程結束後，符合資格之中醫門診特約醫事服務機構醫療院所(院所內所有專任醫師均上過課)，請填寫申請書及查檢表並用印後於 12 月 10 日前送交中執會高屏區分會造冊。

四、不受理現場報名，敬請見諒。

五、本次課程為取得承作資格之視訊課程，需親至上課地點觀看影片，且無法申請繼續教育學分。

六、全聯會網站可查詢是否上過相關課程請自行查詢

<http://www.twtm.tw/project.php>

七、相關事項請詳參附件函文影本暨課程報名表。

理事長 陳俊龍

中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會（函）

地 址：高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓

傳真電話：(07)5542901

聯絡電話：(07)5525851

受文者：高雄市、大高雄、屏東縣中醫師公會

發文日期：中華民國 112 年 10 月 17 日

發文字號：中執高屏(龍)字第 073 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明九

主旨：本會訂於 112 年 11 月 15 日辦理「中藥用藥安全管理及品質提升」影音課程，請查照 並轉知所屬會員。

說明：

一、上課日期：112 年 11 月 15 日(星期三)

(上、下午場次，請擇一場次報名)

*上午場次：09:30~12:00 (09:15 報到)

*下午場次：14:00~16:30 (13:45 報到)

地點：高雄市中醫師公會會館(高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓)

二、依「全民健康保險中醫門診總額中藥用藥安全管理及品質提升方案」第 5 條第四點：認證合格院所為領取「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款」之必要條件。

三、課程結束後，符合資格之中醫門診特約醫事服務機構醫療院所(院所內所有專任醫師均上過課)，以院所為單位填寫申請書及查檢表(如附表一、二)並用印後於 12 月 10 日前送交中執會高屏區分會造冊。

四、不受理當天現場報名，敬請見諒。

五、報名後請於 11 月 8 日前繳交報名費用，以完成報名程序，未於期限內繳費完成者，視同未報名成功，將取消名額，安排後補。

七、本次課程為取得承作資格之影音課程，需親至上課地點觀看影片，且無法申請繼續教育學分。

八、全聯會網站可查詢是否上過相關課程請自行查詢

<http://www.twtm.tw/project.php>

九、報名方式詳報名表(如附件)。

線上報名網址：<https://reurl.cc/1GK4Q8>



主任委員 **陳俊龍**

中執會高屏區分會
『中藥用藥安全管理及品質提升影音課程』

報 名 表

姓 名		連 絡 電 話	電話： 手機：
所 屬 公 會		服 務 醫 療 院 所	
身 分 證 字 號		中 醫 師 證 書 字 號	台 中 字 第 _____ 號
連 絡 住 址			
報名費繳交方式： <input type="checkbox"/> 郵寄或至中執會高屏區分會繳交費用 <input type="checkbox"/> 匯款： 匯款金額：_____。 匯款人姓名：_____ 帳號後五碼：_____。 備註欄：			

- ❖ 本次課程為影音課程**無法申請**繼續教育點數，酌收報名費**參佰元整**。
- ❖ 報名費 300 元整，請於 **11 月 8 日**前繳交，以完成報名程序。未於期限內繳費完成者，視同未報名成功，將取消名額，安排後補。
 ※本次課程為取得承作資格之影音課程，需親至上課地點觀看影片，且無法申請繼續教育學分。
 ※不能親自出席上課者請勿報名。
- ❖ 已參加過此類課程者，請勿重複上課。
- ❖ 若報名費需另開收據抬頭，請於報名表備註欄位填寫抬頭及統編；未備註者統一以報名者姓名為收據抬頭。
線上報名網址：<https://reurl.cc/1GK4Q8>



- ❖ 金融機構名稱：彰化銀行東高雄分行
 銀行代號：009
 帳戶名稱：高雄市中醫師公會
 帳號：81400100602100
- ❖ 本會地址：高雄市鼓山區明華路二五一號五樓
 電 話：(07)5525851，5525852
 傳 真：(07)5542901

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點
申請書

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼			
	負責醫師姓名		院所醫師數		名	
	醫師姓名	身分證 字	分	證 號	中 醫 師 字 證 號	上 課 日 期
					台 中 字 第	號
					台 中 字 第	號
					台 中 字 第	號
					台 中 字 第	號
					台 中 字 第	號
					台 中 字 第	號
					台 中 字 第	號
					台 中 字 第	號
檢 送 項 目	項 目			審 查 結 果	備 註	
	學分證明書			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	中藥用藥安全管理及品質提升作業 要點查檢表			<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機 構 章 戳		中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 審核委員：日期章戳：	(本欄由審查單位填寫)	

中藥用藥安全管理及品質提升作業要點 查檢表

醫療院所名稱：_____

醫療院所代碼：_____

地址：_____

電話：_____

填表日期：_____

項目	分類	查檢內容	符合	配分
壹、人員規範*		執行中藥用藥安全管理之院所，中醫師(藥師)應具有中藥用藥安全訓練及醫療品質提升學分(時)認證		20
貳、使用及調劑*		中醫師或藥師調劑		10
參、藥品	1.購入	合格藥廠、藥商名冊		5
	2.輸出	應依中醫師開具處方箋交付藥品		5
	3.銷燬	過期、變質藥品應定期銷燬		5
	4.儲存	1.應依藥品特性個別保存放於通風、密封、冷凍、冷藏		5
		2.設有專人管理		5
3.倉儲藥品應個別列有數量、保存期限			5	
肆、毒劇藥品*	1.調劑	中醫師或藥師調劑		10
	2.處方	看到毒劇藥品處方應向開立醫師確認品項、數量		10
	3.購入輸出	每筆登記：使用人員、患者、日期、劑量、剩餘量		5
	4.管理	設有專人管理		5
	5.儲存	1.應有明顯標示、警語並上鎖保存		5
		2.藥品應於業務處所設置簿冊，詳實登載毒劇藥品定期之收支、銷燬、減損及結存情形		5
伍、評分(本欄由中醫全聯會填寫)	總分			
	是否合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 未合格		
考評標準：1、總分 81 分以上(含)及格 2、總分 70 至 80 分得於一個月後申請複查 3、總分 69 分以下得於二個月後申請複查 4、*為必要合格項目				