**臺北榮民總醫院檢查(治療)室及急救車狀況調查表**

|  |
| --- |
| **單位：**　　　　　　　**部**　　　　　　　　**科** |
| **一、檢查室** |
| ▓是否設有檢查(治療)室？□有　　□無 |
| ▓若有，請提供以下資料：(如超過1間請調整表格自行增加) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 檢查(治療)室名稱 | 位置 | 是否為侵入性**(1)** | |  |  | □是　　□否 | |
| **二、急救車** |
| ▓是否設置急救車？ □有　□無 □無，但與　　　 　共用 |
| ▓若有設置急救車，請提供以下資料：(如超過1台請調整表格自行增加) |
| |  |  | | --- | --- | | 位置 | 是否附鎖**(2)** | |  | □是 □否 | |
| 聯絡人：　　　　　　　　　　　　　聯絡電話： |
| 填表人：　　　　　　　　　　　　　單位主管： |

* 填表說明：

1. 侵入性檢查或治療定義：依99年9月24日衛署醫字第0990262608 號公告：「…侵入性檢查或治療，為以醫療器材植入、插入人體之方式，施行之檢查或治療。但不包括一般之靜脈、肌肉或皮下注射及抽血。」
2. 急救車附鎖範例：

