

基隆市衛生局 函

地址：基隆市信義區信二路266號
承辦人：游川琪
電話：24230181 分機1510
電子信箱：yu3831608@mail.klcg.gov.tw

202
(平)基隆市中正區信四路11號6樓

受文者：基隆市醫師公會

發文日期：中華民國113年7月16日

發文字號：基衛醫壹字第1130107485號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送衛生福利部訂定「醫療機構通訊診察治療實施計畫書(範本)」(下稱本範本)，請查照並轉知所屬。

說明：

- 一、依據衛生福利部113年7月8日衛部醫字第1131665755號函辦理。
- 二、按通訊診察治療辦法第18條規定，執行特殊情形通訊診療之醫療機構，應擬具通訊診療實施計畫，經直轄市、縣(市)主管機關核准後，始得實施；執行第三條第七款者，應先徵得矯正機關同意(第1項)。前項實施計畫內容，應載明下列事項：(一)實施之主責醫師及其他醫事人員。(二)醫療項目。(三)實施對象。(四)實施期間。(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關。(六)、通訊診療告知同意書範本。(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施。(八)其他主管機關指定事項(第2項)。醫療機構執行通訊診療，經中央主管機關或所屬機關依其他法規規定核定者，得以核定文件替代第一項實施計畫，並報直轄市、縣(市)主管機關備查(第3項)。第二項第一款醫事人員如有異動，應自事實發生之日起三十日內報直轄市、縣(市)主管機關備查(第4項)。

三、本範本相關檔案詳載於衛生福利部全球資訊網站(網址：
<https://www.mohw.gov.tw>)，請於「便民服務/表單下載/醫
事」網頁下載。

四、本範本係屬參考性質，醫療機構得視實際需求調整內容，
惟仍應符合本辦法第18條第2項各款應載明事項。

正本：衛生福利部基隆醫院、基隆市立醫院、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院、
三軍總醫院基隆分院附設民眾診療服務處、新昆明醫院、醫療財團法人臺灣區
煤礦業基金會臺灣礦工醫院、南光神經精神科醫院、暘基醫院、維德醫療社團
法人基隆維德醫院、基隆市診所協會、基隆市醫師公會
副本：本局醫政科

局長張賢政

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書(範本)草案

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (第1款)急性後期照護 | <input type="checkbox"/> (第6款)疾病末期照護 |
| <input type="checkbox"/> (第2款)慢性病照護計畫收案病人 | <input type="checkbox"/> (第7款)矯正機關收容照護 |
| <input type="checkbox"/> (第3款)長期照顧服務 | <input type="checkbox"/> (第8款)行動不便照護 |
| <input type="checkbox"/> (第4款)家庭醫師收治照護 | <input type="checkbox"/> (第9款)災害、傳染病或其他重大變故照護 |
| <input type="checkbox"/> (第5款)居家醫療照護 | <input type="checkbox"/> (第10款)國際醫療照護 |

【填寫說明】

- 1、擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
- 2、依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之 <u>主責</u> 人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之 <u>主責</u> 人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。
- 2、本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣(市)主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第 3 條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

第 1 款：急性後期照護(不得為初診病人)

●為緊急外傷病人、急性冠心症病人、精神疾病急性病人、急性腦中風病人、慢性阻塞性肺病病人、慢性心衰竭病人、手術後病人或其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。

●勾選其他者，請敘明病人情形及理由：_____。

第 2 款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

●指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。

註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

第 3 款：長期照顧服務(不得為初診病人)

●指為與醫療機構訂有醫療服務契約之長期照顧服務機構、老人福利機構、身心障礙福利機構、護理機構或其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

第 6 款：疾病末期照護(不得為初診病人)

●本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。

第 7 款：矯正機關收容照護

●本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。

●依本辦法第 18 條第 1 項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

第 8 款：行動不便照護(不得為初診病人)

●本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：

失能(長期照顧服務法第 3 條第 2 款)

身心障礙(身心障礙者權益保障法第 5 條)

重大傷病(全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款)

第 9 款：災害、傳染病或其他重大變故照護

- 本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。

第 10 款：國際醫療照護

- 本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、本辦法第 20 條第 1 項第 2 款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。
- 2、請勾選符合本辦法第 3 條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，建議至多為 4 年。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

2、服務機構（本辦法第6條所定機構或矯正機關）

機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話
	(請下拉選單擇定)		
	(請下拉選單擇定)		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以___(書面/電子)方式簽署「(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第4條第1項第1款所稱之醫院？
 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
 否，惟仍應依個人資料保護法第18條辦理安全維護事項，或依同法第27條採取採行適當之安全措施。
- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：
 是； 否（勾「否」者，免填以下第3點）
- 3、承2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

(1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

(未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第 9 條規定，於實施之日起 15 日內，報衛生局備查)

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

本實施計畫申請機構自行建置；

委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：_____

【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院者，免填第 3 點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部 113 年 3 月 12 日衛部資字第 1132660106 號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

自費醫療項目名稱	收費費額或標準	地方衛生主管機關 核定情形
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請

【填寫說明】

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第 21 條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國

年

月

日

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

病人基本資料	
姓名：	出生日期：
病歷號碼：	地址：
擬實施之服務項目：	

1. (醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____ (或緊急聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____

基隆市通訊診療實施計畫資訊安全自我檢核表

診所或醫院名稱：_____

日期：_____

診所及醫院 檢核項目	檢核結果	備註	資料 提供者 簽名欄
1. 醫療作業所需使用之硬體設備(電腦、伺服器、筆電)或操作平台是否有區隔並為專屬使用？	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明。	
2. 落實醫療/醫務作業系統平台所使用之硬體設備之控管(電腦/筆電)，且於該列管之設備僅得以執行醫療作業相關之事務(包含電子郵件)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明或提供列管設備之清冊。	
3. 醫務/醫療作業使用之電腦、筆電或伺服器皆已完成安裝防毒軟體。請檢視防毒軟體之病毒碼是否已更新至最新版本。 建議避免使用網路上提供之免費使用防毒軟體以降低風險。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供防毒軟體名稱與病毒碼最新一次更新日期截圖作為佐證。	
4. 個人資料保護及資料檔案安全維護措施：符合衛福部資訊處113年3月12日衛部資字第1132660106號公告之資訊安全標準驗證規定者，後續 ISO 國際標準驗證效期之更新。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供符合資訊安全標準驗證規定佐證並完成 ISO 國際標準驗證效期之更新日期截圖	
5. 依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第9條規定報地方政府衛生局備查。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供電子病歷製作及管理衛生局備查佐證	
6. 確認最近一次作業系統安全性更新並將更新日期紀錄存查。每月更新一次為宜。 如設備使用之作業系統版本較老舊且品牌原廠不再提供版本更新服務(EOS, End of Service)，則須改採符合軟體更新時效之應用軟體，或進行存取權限控管、增加資安防護設備(如防火牆)以及密碼應符合高複雜度以確保整體資訊安全機制之運行。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供作業系統安全最新一次更新截圖作為佐證。	
7. 啟動螢幕保護並執行限制操作時間螢幕鎖定設定。建議螢幕鎖定之時間設定以不超過15分鐘為原則。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供截圖作為佐證。	
8. 電腦密碼是否有符合安全性設定？ 1. 最小密碼長度是否為8碼或以上； 2. 密碼必須符合複雜性需求是否為開啟； 3. 密碼最長有效期是否為90天或以下，但如有密碼外洩之風險則應立即修改。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供控制台「本機安全性原則」截圖作為佐證。	

診所及醫院 檢核項目	檢核結果	備註	資料 提供者 簽名欄
9. 密碼應妥善保管避免外洩，不得將密碼張貼在個人電腦、螢幕或其他容易洩漏秘密之場所。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明密碼保管機制。	
10. 執行醫療/醫務作業使用之電腦/筆電請啟動本機防火牆設定，可啟動設置阻擋可疑連線或白名單建立之功能設定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供本機防火牆設定截圖作為佐證。	
11. 遠端連線軟體或手機應用程式(APP)需有安全加密通道(支援 TLS1.2以上)及記錄(log)保存機制。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若有使用遠端連線軟體或手機應用程式(APP)，請說明是否支援安全加密通道(支援 TLS1.2以上)及紀錄保存(log)機制。	
12. 如業務需要使用可攜式媒體儲存(USB、行動硬碟)傳遞含有機敏性個資或機密資料，須另採加密機制(如:zip 加密)保護本機資料。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明資料加密機制。	
13. 避免安裝或連結未經授權及來路不明之軟硬體。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供控制台「解除安裝與變更程式」截圖作為佐證。	
14. 啟用系統安全性設定之稽核原則設定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請提供控制台「本機安全性原則」截圖作為佐證。	
15. 定期執行重要資料之備份作業並加密處理。建議備份資料採異機(指非本機儲存空間)存放。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明並提供佐證。	
16. 內部員工私接 MODEM、ADSL 及無線網路卡等網路通訊設備易造成病患個資外洩風險，對外連線須有適切的管制措施。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明網路通訊設備的管制措施。	
17. 醫療/醫務作業用電腦資產需造冊列管並設定專人保管並於安全場所存放，非授權作業人員不得操作使用。可對設備使用/保存場所進行適當的監視錄影，監視錄影之影片建議存檔3個月以上。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明作業用電腦資產存放與授權使用方式，並提供監視錄影影片存放3個月以上的佐證截圖。	
18. 任何儲存資訊之電子設備於報廢/丟棄之前，應將儲存資訊刪除，並徹底消磁或銷毀至無法解讀之程度。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明儲存資訊之電子設備的報廢/丟棄處理程序。	
19. 執行醫療作業是否使用屬於大陸廠牌資通訊產品(含硬體、軟體及服務)有資安疑慮產品？	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若有使用大陸廠牌資通訊硬體，請說明品牌: _____ 若有使用大陸廠牌資通訊軟體，請說明品牌: _____ 若有使用大陸廠牌資通訊服務，請說明品牌: _____	

	診所及醫院 檢核項目	檢核結果	備註	資料 提供人 簽名欄
			(建議不使用具資通安全疑慮的產品，例如 ZOOM、杭州海康威視數位技術股份有限公司 (Hikvision)、普聯技術有限公司 (TP-Link)、華為技術有限公司 (Huawei)、浙江大華技術股份有限公司 (Dahua)、「廣東歐加控股有限公司/廣東行動通訊有限公司 (OPPO)」、「小米集團 (MI)(含紅米)」、「浙江大華技術股份有限公司 (Dahua)」、「TOTOLINK」、荷蘭商聯想、法國 Alcatel-Lucent 及美國 Fortinet 等)	
20	執行醫療作業前，相關人員是否簽署保密切結書，以達到個資保護之目的？	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明執行方式或提供佐證資料。	
21	執行醫療作業前，被診療對象是否簽署個人資料保護同意書，以達到個資保護之目的？	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明執行方式或提供佐證資料。	
22	通訊診療過程，醫師應於醫療機構內實施，並確保病人之隱私。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明。	
23	醫療/醫務作業系統平台所使用之帳號應禁止共用，並定期辦理清查作業。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明。	
24	應視醫療/醫務作業系統平台特性限定其作業時間，以減少未經授權人員存取系統之機會。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明。	
25	醫療/醫務作業系統平台須有相關 log 紀錄系統使用情形（包括使用者帳號、來源 IP、登入日期等）。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	若符合，請說明。	
26	若實施電子病歷管理作業，應有符合「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之管理措施。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	若符合，請提供相關管理措施說明。	

醫院 檢核項目	檢核結果	備註	資料 提供者 簽名欄
27 確認最近一次應用系統與資料庫系統安全性更新並維持最新狀態，落實系統更新日期紀錄存查。 (如設備使用之應用系統與資料庫系統版本較老舊且品牌原廠不再提供版本更新服務(EOS, End of Service)，則須改採符合軟體更新時效之應用軟體，或進行存取權限控管、增加資安防護設備(如防火牆)以及密碼應符合高複雜度以確保安全性。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	若符合，請說明。	
28 密碼安全性原則建議如下： 密碼輸入錯誤超過五次則帳號鎖定15分鐘。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	若符合，請提供控制台「本機安全性原則」截圖作為佐證。	
29 建立共用資料夾(如:網路芳鄰)存取限制。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	若符合，請說明。	
30 是否依網路服務需要區隔獨立的邏輯網域，並建立適當之防護措施，以管制過濾網域間之資料存取？	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	若符合，請說明。	
31 如有遠端存取維護情形，針對透過遠端執行特定之功能及存取相關資訊是否採加密機制，以保護遠端存取連線之機密性？	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	若符合，請說明遠端存取維護如何保護連線內容之機密性。	
32 是否針對外部連接之資訊交換，建立適當之交換程序及安全保護措施，以確保資訊之完整性及機密性(如採行識別碼通行碼管制、電子資料加密或電子簽章認證等)？是否針對重要資料的交換過程，保存適當之監控紀錄？	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	若符合，請說明安全保護措施及監控記錄的保存方式。	
33 所有銷毀/報廢的電子設備應留存紀錄(設備名稱/型號、銷毀日期、處理人員、照片..等)，以備日後查詢。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用	若符合，請說明執行方式或提供佐證資料。	

*以上檢核項目參考衛生福利部「基層醫療院所資安防護參考指引」，請院所每年定期進行檢核並持續進行改善。

*依「醫療法」第12條，醫療機構設有病房收治病人者為醫院，僅應門診者為診所。

附件、佐證資料

檢核項目	佐證資料
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

檢核項目	佐證資料
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	