

全民健康保險特約醫療機構辦理職能治療業務自評表

一、特約醫療機構名稱：_____ 特約醫療機構代號：_____

二、職能治療設備項目：

名稱	數量	名稱	數量
站立桌		日常生活功能訓練器具	
推拉箱		感覺統合治療器具	
運動墊		工作模擬訓練器具	
手功能訓練器具			
副木、輔具之製作器材			
認知、知覺訓練器具			

三、依設置之職能治療設備審核，本醫療機構能實施下列哪些職能治療項目：

職能治療項目	請勾選	職能治療項目	請勾選
OT1 姿態訓練		OT10 手(足)功能訓練	
OT2 被動性關節運動		OT11 協調訓練	
OT3 坐站平衡訓練		OT12 知覺認知訓練	
OT4 移位訓練		OT13 團體治療	
OT5 日常生活訓練		OT14 娛樂治療	
OT6 肌力訓練		OT15 活動治療	
OT7 運動知覺訓練		OT16 減痙攣活動	
OT8 上肢(下肢)功能訓練		OT17 其他(請具體述明項目)	
OT9 上肢(下肢)義肢功能訓練		職能治療評估	

四、本醫療機構保證以上自評項目均係屬實，且遵守全民健康保險相關規定，日後如有不符，同意貴署依規定處置。

請蓋醫事機構合約大印	負責醫事人員合約印鑑
------------	------------