

○○單位辦理宜蘭縣長期照顧十年計畫 2.0 輔具租賃服務營運計畫書

108 年○月

## 目錄

- 壹、單位基本簡介
- 貳、辦理輔具租賃品項及規格
- 參、租賃品項清潔消毒、檢查與維護程序
- 肆、輔具租賃服務流程
- 伍、服務人員教育訓練規劃

## 壹、單位基本簡介

一、單位基本介紹

二、主要營業項目

三、服務規模

四、人員配置(詳見輔具服務人員清冊)

五、辦理租賃服務店面環境介紹(含照片)

貳、辦理輔具租賃品項及規格【依個別租賃品項逐一填寫，並請檢

附購入證明(格式如表一)，訂價更新時需定期回報。另請附

excel 電子檔】

一、參與營運輔具登錄清冊建議格式：

單位管理序號	輔具名稱/型號	原廠製造序號	規格/功能	出廠年月	租金訂價	查驗登記字號	製造廠名稱
(例) <u>MWC-001</u>	<u>康0手動輪椅/KM2500</u>	<u>MW17-50012</u>	<u>16" 座寬/輪椅 B 款</u>	<u>2017/05</u>	<u>200/月</u>	<u>衛署醫器輸壹字第1234567 號</u>	<u>康0股份有 限公司</u>
(例) <u>MWC-002</u>	<u>光0手動輪椅/Caneo Q</u>	<u>NV18-321020</u>	<u>18" 座寬/輪椅 B 款 附加功能 AB</u>	<u>2018/01</u>	<u>300/月</u>	<u>衛署醫器製壹字第3456789 號</u>	<u>光0骨科有 限公司</u>

\* 醫療器材查驗登記字號(依據食品藥物管理署規範提供；非醫材得免提供)

### **參、租賃品項清潔消毒、檢查與維護程序**

- 一、請以圖表流程說明輔具回收流程，包含檢修、洗淨、消毒、乾燥、檢查包裝等流程及方法、器材及場地。
- 二、請檢附照片說明。
- 三、此項委外者應檢附委託合約書及上開事項受託單位說明文件。

### **肆、輔具租賃服務流程**

為提供民眾良好輔具租賃服務品質，請針對以下內容說明：

- 一、請以圖表流程說明民眾接受輔具服務流程(含輔具運送、安裝、使用訓練與追蹤服務、輔具使用過程中故障提供維修服務及客訴等服務流程)。
- 二、針對轄內原住民及偏遠地區民眾，是否有強化服務流程。

### **伍、服務人員教育訓練規劃**

- 一、針對服務人員預計提供教育訓練課程之具體規劃(含課程時間、邀集的講師、授課時數及完成日期)，且辦理訓練之師資應具備專業知能。
- 二、單位若未開辦課程，規劃參加其他單位(例如輔具中心、公會、團體)辦理輔具訓練、長照講座等規劃。

輔具購入證明建議格式：

康 0 輔具股份有限公司 產品售出證明				
買受人：XX 輔具租賃公司 統一編號：00000000			售出日期：2018/00/00 本公司為下列產品之 <input checked="" type="checkbox"/> 製造商 <input type="checkbox"/> 代理商	
輔具名稱/型號	原廠製造序號	規格/功能	出廠年月	查驗登記字號
(例) 手動輪椅 /KM2500	MW17-50012	16 吋座寬/輪椅 B 款	2017/05	衛署醫器輸壹字第 1234567 號
(例) 手動輪椅 /KM2500	MW17-50013	16 吋座寬/輪椅 B 款	2017/05	衛署醫器輸壹字第 1234567 號
(例) 手動輪椅 /KM2500	MW17-50050	18 吋座寬/輪椅 B 款	2017/07	衛署醫器輸壹字第 1234567 號
(例) 手動輪椅 /KM5000	MW17-63001	18 吋座寬/輪椅 B 款+附 加功能 AB 款	2017/11	衛署醫器製壹字第 3456789 號
以上產品共計.....項，特此證明皆為本公司售出。 業務代表：王 0 明 (簽章) 公司負責人：陳 0 0 (簽章)			公司 用印	

## 輔具服務人員清冊

本單位提供服務 00 名人力(包含兼、專職，專業人員及行政人員)

類 別	姓 名	身分證字號	專職/兼職	輔具服務人員 課程結業證明	在本單位內擔任 之具體工作性 質、項目及範圍
<input type="checkbox"/> 甲類輔具評估人員( <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 ) <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 其他 _____			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職		
<input type="checkbox"/> 甲類輔具評估人員( <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 ) <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 其他 _____			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職		
<input type="checkbox"/> 甲類輔具評估人員( <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 ) <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 其他 _____			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職		
<input type="checkbox"/> 甲類輔具評估人員( <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 ) <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 其他 _____			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職		

(如篇幅不足，請自行增加)