**Teens’幸福9號─青少年親善醫師/門診**

**合作單位自評表**

請 貴單位依據目前辦理「Teens’幸福9號─青少年親善門診」之經驗或機構內現況填寫此份自評表，並於 年 月 日前以傳真或email等方式寄回。本會將彙整各單位之意見，作為未來執行計畫之參考，謝謝您。

* **各縣市衛生局輔導作業聯繫使用**

請 貴局依據本計畫提供之「合作單位自評表」內容及輔導重點建議，輔導 貴轄內設有「Teens’幸福9號─青少年親善門診」之機構，並就輔導結果填寫於本表衛生局專用欄位，並於 （年/月/日）前以傳真或email等方式回傳。本計畫將彙整各衛生局輔導結果呈報國民健康署，謝謝您的協助。

填表機構： 填表日期： 年 月 日

單位：

| **評價項目** | **自我評量** |
| --- | --- |
| **人員** | □醫師○小兒科 名 ○家醫科 名 ○婦產科 名○精神科 名 ○內 科 名 ○泌尿科 名○其他 科 名○具青少年健康照顧連續年資三年以上專科主治醫師 名所屬專科： □心理師/實習心理師 名 □社工師/社工 名□護理師/護士 名 □助產師/助產士 名□醫檢師(生) 名 □藥劑師(生) 名□兼任行政助理 名□其他參與人員 ， 名 |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| **空間及設備** | □固定診間，於青少年門診時不會異動者， 間□獨立候診空間 □獨立衛教室 間□會談室及設備○個人會談室 間 ○家族會談室 間○其他形式會談空間 ， 間○單面鏡 ○音響 ○會談室其他設備 □其他空間 ， 間□專線電話，若有，請提供可公開之電話號碼或分機 □專屬網頁，若有，請提供網址 □專屬email信箱，若有，請提供可公開之email □其他服務設施  |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| **教材（具）與圖書** | □候診區備有相關教材（例如性教育、減重、心理保健等相關議題）○衛教單張或小冊 ○掛圖或海報○相關期刊、雜誌或圖書 ○播放相關衛教影片或音檔○其他教材 □訂閱青少年健康照顧雜誌及相關圖書□其他與本項有關之服務   |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| **門診服務** | □每週提供門診 次○夜間門診 次 ○週末門診 次□門診服務內容○治療與檢查服務 ○諮詢與諮商服務 ○檢驗服務○其他服務內容 □能呈現青少年親善醫師/門診服務○院所外掛有「Teens’幸福9號」標誌○門診現場掛有「Teens’幸福9號」標誌○醫院門診單有標示此項服務○醫院網頁上有標示此項服務□其他與門診服務相關之說明   |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| **社區服務與外展活動** | □備有外展活動計畫(請說明)  ○有專屬外展人員於社區推動青少年健康議題 ○能夠依照既定的計畫推動外展活動，並有成果分析及檢討 ○能夠藉由外展活動增進青少年親善門診的利用率 ○能夠在活動中促進守門人（例如父母、監護人和其他社區人士及機構組織）對青少年親善門診的支持度□至校園駐診(請說明) □至社區駐診(請說明) □開設戒菸班(請說明) □開設體重管理班(請說明) □宣導演講(請說明) □其他服務活動(請說明)  |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| **專線、電子郵件或****電話諮詢服務** | □有專人負責回覆email，姓名 專人所屬部門/職銜 □有專人提供電話諮詢，姓名 專人所屬部門/職銜  | ○同意公開專人姓名○同意公開部門/職銜○同意公開專人姓名○同意公開部門/職銜 |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| 提供諮詢服務時間 ○日間 ○夜間 ○其他時間 □有進行電話追蹤關懷□專線詳細資料呈現於醫院網頁□其他說明  |
| **社區資源整合** | □於所屬社區有形成夥伴關係之機構和組織，構成「Teens’幸福9號─青少年親善門診」院外資源網□有與社區機構和組織進行聯繫會議□轉介個案至社區心理衛生機構□與社區合作辦理 □與學校合作辦理 □其他形式之資源整合  |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| **教育訓練** | □個案討論○派員參與 次○自行或協助辦理 次□辦理機構內研習課程 次□參與本計畫所辦理之相關研習 次 |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |

| **成果與分析** | **說明** |
| --- | --- |
| **每月社區活動** | 貴院所有無定期至社區推展青少年服務，請說明： |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| **社區特色發展** | 貴院所有無因應社區青少年需求及特色所提供的服務方案，請說明： |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| **創新作為** | 貴院所有無獨特創新之青少年服務方案，請說明： |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| 貴院辦理「Teens’幸福9號─青少年親善醫師/門診」計畫之**優勢** |  |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| 貴院辦理「Teens’幸福9號─青少年親善醫師/門診」計畫之**劣勢** |  |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| 貴院辦理「Teens’幸福9號─青少年親善醫師/門診」計畫之**成功策略** |  |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| 貴院辦理「Teens’幸福9號─青少年親善醫師/門診」計畫之**困難** |  |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |
| 對「Teens’幸福9號─青少年親善醫師/門診」計畫之**建議** |  |
| 衛生局專用欄位**輔導結果** |

合作單位填表人： 聯絡電話：

|  |
| --- |
| **衛生局專用欄位** |
|  | 縣/市衛生局  | 填表日期(年/月/日) | / / |
| 受輔導機構 |  | 聯絡單位 |  |
| 受輔機構聯繫人 |  | 聯絡電話 |  |
| 衛生局輔導人簽名 |  | 聯絡電話 |  |