

制定及推動電子病歷內容基本格式

徵求建議書說明文件

行政院衛生署資訊中心

中華民國九十三年一月

第一章 簡介	4
1.1 緣起：	4
1.2 徵求建議書說明文件範圍	7
第二章 專案概述	7
2.1 專案名稱	7
2.2 專案授權	7
2.3 本專案目標	8
2.4 本專案範圍	8
2.5 本專案原則	9
2.6 本專案時程	11
2.7 本專案經費（採固定金額）	11
第三章 電子病歷內容基本格式需求	11
3.1 電子病歷內容需求	12
3.2 電子病歷結構需求（含電子病歷查詢或索引機制）	12
3.3 各項紀錄、報告紀錄資料內容	16
3.4 醫學詞彙及代碼需求	21
3.5 中醫電子病歷內容基本格式(含中醫醫學詞彙及代碼)	22
3.6 牙醫電子病歷內容基本格式(含牙醫醫學詞彙及代碼)	23
3.7 電子病歷文件存取與安全管理	24
第四章網基（Web-based）電子病歷雛形系統(Prototyping system)	26
4.1 電子病歷內容基本格式展示：	26
第五章 管理需求建議	27
5.1 專案組織與人力管理：	27
5.2 專案之工作項目，工作項目間之關係及工作時程	27
5.3 專案進度與品質管理	28
5.4 資訊安全管理：	28
5.5 監控、查核：	28
5.6 工作報告	28

5.7 風險管理：	28
5.8 變更管理：	29
5.9 教育訓練、講習會或研討會：	29
5.10 交付驗收：	29
第六章 罰則	30
6.1 延遲扣款規定	30
6.2 例外辦法	30
6.3 損害賠償	30
6.4 權利瑕疵擔保	31
第七章 建議書製作規則	31
7.1 簡述	31
7.2 裝訂及交付	31
7.3 逾期投遞修改及裝訂	32
7.4 一般要求	32
7.5 建議書內容	32
第八章 建議書評選	34
8.1 投標廠商	34
8.2 評選項目	34
8.3 評選作業說明	36
第九章 附錄	38
附錄一：建議書項目對照表	38

第一章 簡介

1.1 緣起：

電子病歷或更擴大範圍的稱電子健康紀錄(electronic health record, EHR)系統，一般而言，將包括(1)有關收集儲存個人終生的健康資訊總集合，(2)存取或提調個人健康或公共衛生資料的管理機制，(3)提供醫學知識及支援臨床決策資訊管道，以促進病人安全及增進醫療照護效率和提昇醫療品質，(4)有效支援整體健康照護體系，包括急重症照護，長期照護，慢性病及居家照護，以及預防保健等民眾健康管理與維護。因此橫跨不僅醫學中心、各級醫院，基層診所，也涵蓋基層衛生機構和社區與民眾個人。因此，醫療院所的電子病歷和民眾本身的個人健康紀錄將為電子健康病歷(EHR)的核心基礎。

行政院衛生署（以下簡稱本署）正積極推動「網路健康服務推動計畫」，計畫涵蓋諸如提昇全國醫療資訊網服務中心功能、提昇全國醫療資訊網為高速運算及寬頻網路、整合全國醫療資訊網公用性系統資料庫、建立及維護「藥品交互作用資料庫」、推廣病歷電子化、設置及營運「醫療憑證管理中心」、推廣醫療資訊標準，委託研修醫療資訊安全及隱私保護相關法規以及評選優良醫療網站等。其目的在於一方面促進整體醫療院所內部病歷電子化，進而建構院際間電子病歷的交換與流通，打造醫療 e 化環境；另一方面藉由醫學資訊的串聯與整合，強化社區醫療功能，落實持續照護及民眾健康管理。

本署在九十一年度已經進行第一期醫療院所病歷電子化試辦

計畫、醫療憑證管理中心的設置、醫學資訊標準的推廣以及醫療資訊安全及隱私保護相關法規的研修等。其中，第一期醫療院所病歷電子化試辦計畫包括有臺大醫院、成大醫院、慈濟醫院、台中榮民總醫院、台北榮民總醫院、高雄榮民總醫院、長庚醫院及高雄醫學大學附設中和紀念醫院等八家醫學中心及所屬 62 家醫療院所參與。而 92 年度更包括台北榮民總醫院及長庚醫院等 120 家參與醫療院所病歷電子化試辦計畫，同時為順利進行電子病歷的交換與共享，本署亦委託台中榮民總醫院試辦電子病歷索引中心建置與推廣計畫。

因此，國內電子病歷基礎架構雛形已漸趨完備，電子病歷交換環境日漸成熟。

雖然本署，如在前段所述，已大力推動有關病歷電子化相關計畫，也積極推廣醫療資訊標準包含 HL7 (Health Level Seven) 及 DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) 作為醫療資訊系統之間電子病歷交換與共享的語意及語法標準。然而，經由本署「病歷電子化試辦計畫」之推行經驗得知，縱然採用 HL7/CDA 訊息標準，從事資料交換，但由於對標準的細部欄位認知之不同，或者在實作上之疏忽，往往造成的結果是採取 HL7/CDA 格式但內容資料卻是不符合、不一致，且因為病歷的應用廣泛，又因目前各醫療院所之規模及醫療模式不盡相同，各醫療院所現行之電子病歷內容繁多且無統一標準化格式，因此，跨院際間電子病歷共享的病歷內容，並沒有統一的格式定義與規範。同樣的，對於使用共通的醫學詞彙(包括用語與代碼)，在前述計畫中並未深入探討，達成共識，採用或擬訂通用的資料集(data sets)。

病歷的主要應用包括：(1)提供照護病人的重要資訊，(2)衛生主管機關做為疾病防治及公共衛生決策的重要參考資料，(3)保險機構核付醫療費用的主要醫據，(4)醫療品質審查的重要工具，(5)醫護人員教育的重要教材，(6)司法裁判及醫事鑑定的主要證據，(7)醫院管理的重要參考資料，(8)醫藥科學研究的主要資料(9)病人醫療紀錄資料或資訊之提供等九項。因此，醫療資訊系統之間電子病歷交換與共享的病歷內容，可能依不同的應用深度及廣度而有所不同。另外，為使醫療資訊系統能夠解析電子病歷內容，除了需要有共通的語意及語法之外，還需要使用共通的詞彙(包括醫學用語與編碼系統，例如疾病診斷碼等)。

美國政府也體認到電子病歷標準的急迫性，於 2003 年分別要求 IOM 與 HL7 組織制定有關電子健康歷(EHR)系統的標準規範。世界標準組織(ISO)鑒於各國對電子健康歷的定義和範圍各有不同，ISO EHR ad hoc Task Group 在 2002 年七月強烈建議 ISO/TC 215 應儘速制定 EHR 定義標準(“ISO/TC 215 should develop a comprehensive consensus definition of the EHR”) [EHR AHG, 2002]。因此，ISO EHR definition 初稿於 2002 年 10 月出爐，提出討論。之後陸續發表，2003 年 2 月 ISO/TS 18308 發表“Requirements for an Electronic Health Record Architecture” [ISO 18308, 2003]，綜合列出七種不同的電子健康歷定義和範圍。ISO/TC 215 也於 2003 年 5 月發表技術報告(Technical Report) [ISO/TR EHR DSCv0.1, 2003]擬訂 ISO Electronic Health Record Definition, Scope, and Context 初稿，提供健康產業界，醫療機構及相關學術研究單位參考。

本署依據 92 年 8 月 8 日召開「醫療資訊發展 CIO 小組第二

次會議」，與會的專家學者以及醫院高階資訊主管均一致認為，為健全我國醫學資訊發展的基礎，以及使醫療院所及相關產業發展醫療資訊系統和交換與分享電子病歷有所遵循，擬制定我國電子病歷內容基本格式規範以及確立共通醫學詞彙(包括用語與代碼)，並提出建議電子病歷內容規範執行的優先次序，實為當務之急。

本徵求建議書說明文件之目的，係向投標廠商說明本署即將外包之「制定及推動電子病歷內容基本格式委外案」(以下簡稱本專案)之需求與期望基準，俾利投標廠商據以提出符合需求之服務建議書參與評選，並提供得標後執行計畫之規範。

1.2 徵求建議書說明文件範圍

徵求建議書說明文件範圍，主要規定投標廠商針對本案所提出之建議書應包含的內容，包括：專案概述、需求建議(含電子病歷基本格式內容)、技術建議、管理建議、教育訓練、價格分析等。

第二章 專案概述

2.1 專案名稱

本專案名稱為「制定及推動電子病歷內容基本格式委外案」(以下簡稱本專案)。

2.2 專案授權

本專案授權機關為「行政院衛生署」。

2.3 本專案目標

制定電子病歷內容基本格式（含確立及推動醫學詞彙標準）規範，以供全國醫療院所參考，並訂定階段性執行目標，協助本署推動電子病歷。本專案之主要目標說明如下：

- (1)制定電子病歷內容基本格式規範：目前國內各醫療院所的規模不盡相同，現行的電子病歷內容繁多且無統一標準化格式，因此無法定義跨院際間電子病歷交換與共享的病歷內容，透過制定電子病歷內容基本格式，研議出醫療院所電子病歷內容的規範。
- (2)醫學詞彙標準：電子病歷內容除格式之外，還需共通的詞彙(疾病診斷碼、檢驗代碼、相關醫學用語詞彙)，才能建構更完整的電子病歷，提供未來電子病歷共享的環境基礎。
- (3)電子病歷推廣：分區舉辦研討會及教育訓練課程，說明電子病歷內容基本格式、電子病歷系統規劃及建置目的、醫療院所相關配合作業講習會，避免電子病歷施行時所遭遇的困難。

2.4 本專案範圍

規劃國內電子病歷內容基本格式、醫學詞彙標準及推廣計劃，提供未來推動國內各醫療院所電子病歷與建立電子病歷共享與交換中心的基礎。同時，藉由專家顧問會議協商與討論，獲取病歷內容基本格式的共識，再加上本署醫療憑證管理中心(簡稱HCA)的安全機制，促進國內電子病歷健全發展。本專案主要工作項目如下：

- (1)制定電子病歷內容基本格式，至少包含以下各項資料：

- a.各項臨床性資料：臨床性資料主要包括各項醫療記錄（醫囑單、病程記錄、檢驗報告、疾病診斷）、護理記錄、特殊的記錄及報告（手術、藥物過敏記錄）等等。
- b.各項醫療管理性資料：住院許可證、特殊檢查同意書、手術同意書、出院許可證、診斷證明書、保險申報證明書等等。
- c.醫學詞彙標準：依國內電子病歷實際應用需求，討論全民健康保險代碼、國際標準的實際應用，業界公認標準，專家會議結論，規範醫學詞彙標準。
- d.電子病歷內涵及其結構以及定義資訊模型(information model) 包括醫學詞彙和代碼標準，以及存取、新增、異動等方法。

(2)電子病歷推廣計畫：

- a.制定電子病歷推動策略及宣導教育方式。
- b.依據制定電子病歷內容基本格式，設計 Web based 電子病歷雛型系統。

2.5 本專案原則

2.5.1 本專案執行原則：

- (1)以公開客觀評選方式委託廠商提供資訊服務。
- (2)本專案所收集之病歷相關之資料，皆需簽署保密協定，並依電腦處理個人資料保護法規定，本署得派員抽驗及監督。

2.5.2 電子病歷內容資訊收集作業原則必須包括：

- (1)現有醫學、病歷、醫院、醫學資訊等相關學(協)會訂定之各項標準。
- (2)本署各項有關電子病歷研究成果資料，查詢網站網址

<http://www.doh.gov.tw/>。

- (3)涵蓋至少一半(含)以上之醫學中心，三分之一(含)以上現有地區和區域醫院教學醫院以上之病歷內容資料。

2.5.3 電子病歷內容基本格式擬訂程序原則：

- (1)將收集的各項有關病歷內容整理分類，彙整成草案。
- (2)送交各相關病歷、醫學、醫院、醫學資訊標準學(協)會及專家顧問初步審查評估，問題及意見彙整後，針對每一個問題必須提出解決方案，提請專家會議討論。
- (3)採共識原則定義電子病歷內容基本格式之必要元件及選擇性元件，滿足各級醫療院所需求，具有彈性應用。共識原則可以透過召開專家會議及與各相關學(協)會協商。
- (4)至少召開二次(含)專家會議討論，透過討論解決爭議部分，爭議不能解決者，必須具體陳述理由，並經本署同意。
- (5)專家會議必須包括區域教學醫院級(含)以上相關業務主管，各相關病歷、醫學、醫院、醫學資訊標準學(協)會代表組成，並須經本署同意，且每次開會至少 30 人參加。
- (6)本專案所制訂之各類電子病歷基本格式，應考量格式內容之資料檢核邏輯，以確保資料之正確性及提高資料之可讀性與可用性。

2.5.4 推動電子病歷內容基本格式原則：

- (1)廣邀衛生機關、各級醫療院所、醫療學(協)會辦理及參與電子病歷建置及規範講習會。
- (2)提供電子病歷基本格式草案公聽(座談)說明會，從政策面、法規面、標準面、執行面、管理面及安全隱私面等面向，宣導電子病歷效益。

- (3)配合其他週邊計畫的推動，諸如電子簽章，本署醫療憑證管理中心(HCA)的設置，電子病歷實施作業要點、隱私權保護的訂定等，提出周延的規劃。

2.5.5 電子病歷內容基本格式著作人格權及著作財產權：

本案承包廠商所有交付本署有關之文件、本專案產生之任何文件及資訊系統著作權及智慧財產權均屬本署所有。

2.6 本專案時程

自決標日起至滿一年為止。

2.7 本專案經費（採固定金額）

- (1) 本計畫本年度及九十四年度所需經費各為新臺幣陸佰參拾萬元及新臺幣貳佰柒拾萬元，合計總金額為新台幣玖佰萬元整，分三期付款。
- (2) 本計畫九十四年度經費可否執行，將依該年度相關公務預算是否經行政院及立法院審查通過，若經費遭刪除，則合約自動失效，若經費遭刪減，將重新與得標機構（乙方）進行議約，若議約不成將終止合約，本案則重新辦理。

第三章 電子病歷內容基本格式需求

病歷是民眾在一所醫療機構有關其醫療照護及健康維護之所有資訊、紀錄、報告、影像及文件等以時間軸排序組合而成。電子病歷內容基本格式和醫學詞彙及代碼規範應以現行醫療院所紙本病歷範圍為基礎，除了一般西醫之外，還必須包括中醫和牙醫，力求完整。投標廠商規劃電子病歷內容基本格式規範可以不受此限制，但內容不

得少於下列所規範的各項病歷內容。對於醫學詞彙及代碼標準規範，亦不受下列所列舉的醫學詞彙及代碼標準為限，而自行訂定的部分應透過專家會議之共識。

3.1 電子病歷內容需求

3.1.1 電子病歷內容必須以病人為中心，並且能夠滿足國內醫療院所急、慢性醫療照護和民眾健康維護之需求。

3.1.2 電子病歷內容必須符合國內現行相關法規，諸如

- (1)醫師法第 12、13 條
- (2)醫療法第 48、50、51、52、53、54 條
- (3)醫療法施行細則第 43、44、46、47、48 條
- (4)本署之相關規定
- (5)電子簽章法、電腦處理個人資料處理保護法
- (6)其他相關法規

3.1.3 電子病歷內容應依民眾、醫療院所等級和慢性病照護等需求擬訂電子病歷的必要(required)元件與可以選擇性(optional)元件。

3.1.4 電子病歷內容必須符合本署相關規定及國際相關醫學資訊標準，若為因應國內特殊需求，應諮商國內相關標準協、學會，完成草案擬訂。

3.2 電子病歷結構需求（含電子病歷查詢或索引機制）

電子病歷內容結構應以病人為中心，須支援以下面向(view)的存取方式：

- (1)依照臨床照護需求，可以經由問題診斷、時序、科別、醫令、處方、病人重要醫療資訊等等調閱相關病歷
- (2)不受時間序列及紙本排列方式的限制，提供查詢機制，例如選

擇全部的檢驗報告、所有醫囑、門診、住院、急診，病人重要醫療資訊（如健康記錄、身體部位或器官）等等的相關病歷。

3.2.1 病歷內容應包含現有紙本病歷以下之資訊：病歷首頁、門診病歷、急診病歷、住院病歷、病人緊急資訊、各種檢驗和檢查報告（詳見 3.3 節）、護理紀錄、手術與麻醉紀錄。

3.2.1.1 病歷首頁應含以下內容：

- (1)病人基本資料：包含病人姓名、出生日期、性別、身份證字號(外籍人士採統一證號)、通訊住址及電話、email、緊急連絡人及電話等。
- (2)其他相關資料，如身分別、醫院別、病歷號碼、初診日期、職業、過敏史及旅遊史等。

3.2.1.2 門診病歷應包含以下內容：

- (1)就醫記錄：歷次就醫之醫院別、日期時間、診別、科別、醫師姓名。
- (2)診療記錄：病史、SOAP 診療紀錄。
S：主觀資料--病人或家屬的主訴
O：客觀資料--數據（data） 各項檢查報告
A：評估--依據 SO 作整體評估、分析、解釋
P：計劃--依評估結果，訂定計畫。
- (3)醫囑：診斷、處置、治療、用藥處方、各種醫令(Order)等等。
- (4)檢驗、檢查報告：各種檢驗、病理檢查、放射線檢查、核子醫學檢查、超音波檢查、電腦斷層掃描檢查，心電圖檢查、腦波檢查及各種侵入性檢查之結果及報告。
- (5)門診手術、護理衛教、營養諮詢等紀錄。
- (6)其他相關資料。

(7)本項紀錄資料內容詳細說明請參照 3.3 節。

3.2.1.3 急診病歷至少應包含以下內容：

- (1)就醫記錄：歷次就醫之日期時間、診別、科別、醫師姓名、檢傷分類。
- (2)診療記錄：病史、SOAP 診療紀錄。
- (3)醫囑：診斷、處置、治療、用藥處方、各種醫令(Order)等等。
- (4)檢驗、檢查報告：各種檢驗、病理檢查、放射線檢查、核子醫學檢查、超音波檢查、電腦斷層掃描檢查，心電圖檢查、腦波檢查及各種侵入性檢查之結果及報告。
- (5)護理記錄：包括護理計畫、護理成效評估、執行醫囑、給藥、病人病情進程等記錄。
- (6)會診、手術、麻醉、留院觀察、營養諮詢等紀錄。
- (7)其他相關資料：醫院別。
- (8)本項紀錄資料內容詳細說明請參照 3.3 節

3.2.1.4 住院病歷應包含以下內容：

- (1)住院記錄：歷次住院之起迄日期時間、床號、科別、主治醫師。
- (2)入院病歷摘要。
- (3)住院病歷(Admission Note)：病人主訴(Chief Complaint)、現病史(Present Illness)、過去病史(Past Illness)、家族病史(Family History)、理學檢查(Physical Examination)、生命徵象(Vital Signs)、一般檢查、局部檢查、特殊診療。
- (4)病程記錄(Progress Note)：住院期間原則每日一記，病情變化大時，隨時記錄，住院超過一週，須有週摘要(Weekly Summary)，轉科記錄(Transfer Note)、收診記錄(Accept

Note)、回診記錄。

- (5)手術記錄：手術日期、手術起迄時間、手術前後診斷、手術名稱、手術程序、手術醫師、麻醉方法、麻醉醫師、手術發現、手術部位圖示、輸血。
- (6)醫囑：診斷、處置、治療、用藥處方、各種醫令(Order)等等。
- (7)檢驗、檢查報告：各種檢驗、病理檢查、放射線檢查、核子醫學檢查、超音波檢查、電腦斷層掃描檢查，心電圖檢查、腦波檢查及各種侵入性檢查之結果及報告。
- (8)護理記錄：包括護理照護計畫、護理成效評估、執行醫囑、給藥、住院病人病情進程等記錄。(若有特殊治療及用藥，需做體溫表。)
- (9)會診記錄：會診科別、病情摘要、診斷、會診原因、會診各科醫師姓名、會診醫師之意見。
- (10)出院病歷摘要(Discharge Summary)：病人入院診斷、出院診斷、主訴、簡要病史、理學發現、檢查記錄、住院治療過程、手術方法及日期、合併症、放射線報告、病理報告、出院時情況、出院指示、其他。
- (11)其他營養諮詢特殊治療紀錄。
- (12)出院計畫、出院帶藥等。
- (13)其他相關資料：醫院別
- (14)本項紀錄資料內容詳細說明請參照 3.3 節

3.2.1.5 病人重要醫療資料：

- (1)血型。
- (2)各科診療圖:依 DICOM 3.0 規格製作各科所需圖樣影像或文字表格。

- (3)過去病史及慢性疾病。
- (4)藥物或食物過敏資料：抗生素、胰島素、放射線顯影劑、麻醉劑、阿司匹林、非固醇類抗炎劑、維生素、鴉片類藥品，或各類食物(含食品添加物、營養補充品)。(列舉藥品僅供參考，提專家會議討論)
- (5)特殊用藥：非健保給付藥品或需專案申請用藥。
- (6)重大傷病記錄：請採用最新版本的 ICD 編碼、中文疾病名稱、英文疾病名稱、重大傷病有效年限、(各項重大傷病詳細資料，參考健保局網站。本項資料可參考健保局、醫學中心資料提專家會議討論)
- (7)特殊診療記錄：特殊診療項目、手術名稱、藥品名稱、特殊專案計劃、參與試辦活動、人體試驗、器官捐贈移植(本項資料可參考健保局、醫學中心資料提專家會議討論)。
- (8)其他相關資料。

3.2.1.6 病人轉院相關醫療資訊包括：

轉診、轉檢等相關資料。

3.3 各項紀錄、報告紀錄資料內容

3.3.1 醫囑明細結構

用藥處方明細資訊包括藥品代碼、名稱、途徑、用法、劑量等，以及有關治療、處置、手術、衛材、營養及其他照護項目等明細資訊應符合全民健保編碼及本署相關規定，若因應國內醫療院所作業需求，應先彙整使用現況及作業需求，並參考國際醫療資訊標準(SNOMED, HL7)得自行訂定之。

3.3.2 門診、住院、急診相關報告紀錄內容及結構

有關入院病歷摘要、SOAP 診療紀錄、會診報告、手術報告、

病程報告、出院準備計畫、出院病歷摘要，轉診轉檢單資料或其他照護報告等之門診、住院、急診相關報告格式，應彙整國內醫療院所使用現況及作業需求，並參考 HL7 相關標準，自行訂定之。

3.3.3 醫療影像報告格式

- (1)有關醫療影像報告格式應符合 DICOM 3.0 物件定義 Part 3: Information Object Definitions 中有關 Structured Report Document 之規範，若因應醫療院所作業需求，得自行訂定之。
- (2)數位影像格式應至少包含影像本身、所屬病人識別資訊，所屬報告資訊，以及影像與影像關係。

3.3.3.1 數位醫學影像之格式及其關係，必須符合 DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) 3.0 規範，即其物件定義須依循 DICOM 3.0 Part 3: Information Object Definitions 所要求，包含所有 Usage 為 Mandatory 的 Module，並提供此 Module 內所有 Type 1 的 tags。

3.3.3.2 對於 non-DICOM 的醫學影像，則必須轉換成符合 DICOM 3.0 Part 3: Information Object Definitions 之 Secondary Capture Information Object Definition 之格式，提供影像資料共享之用。

3.3.3.3 針對台灣本土需求，必須參考台灣醫療影像資訊協會(DICOM Taiwan)定義之規範標準。

3.3.3.4 數位影像在媒體儲存方面，必須依循 DICOM 3.0 Part 10: Media Storage and File Format for Media Interchange 以及參考台灣醫療影像資訊協會訂定之 Strict DICOM DIR 格式之規範。

3.3.3.5 若醫學影像必須壓縮處理，則必須符合 DICOM 所認可的 JPEG

Image Compression, Run Length Encoding Compression, JPEG-LS Image Compression, JPEG 2000 Image Compression 等或最新公佈之版本壓縮格式。

3.3.3.6 各種生物訊號(Biological Signals)Waveform 格式之影像資料，諸如，心電圖 (ECG) 腦電圖 (EEG) 肌電圖 (EMG) 血壓、呼吸運動曲線圖 (spirogram) 心電回聲圖 (phonocardiogram) 等等，同樣的必須符合以上從 3.3.3.1 到 3.3.3.5 章節所提之規範。

3.3.3.7 上述所規範之醫療影像格式，若因現階段科技技術或相關規範之不足，以致於部分項目內容無法轉成符合 DICOM 格式者，始得自行訂定之，但須提出證明，而所制訂出之規範仍需參考國際標準相關規範。

3.3.4 護理記錄

3.3.4.1 醫療院所護理記錄

(1)護理評估表單：病人來醫院求診時之評估內容至少需要包含以下各項，諸如：

a.基本的生命徵象評估：體溫、血壓、脈搏、呼吸、等紀錄各種病人的生命徵象。

b.入院身體檢查與評估：健康功能評估等入院評估表格。

(2)入院護理評估單：基本資料、個人病史、身體評估(一般外觀、呼吸系統、循環系統、胃腸系統、泌尿系統、生殖系統、肌肉骨骼神經系統)、環境介紹。

(3)I.V. Infusion Sheet：使用時間、溶液、注射時間。

(4)醫囑紀錄單(Medicine Sheet)：異動日期、藥物(藥名、劑量、途徑、次數)、給藥時間。

- (5)藥物紀錄單：包含由靜脈給藥、口服給藥及其他給藥，其中均包含給藥時間、給藥劑量及給藥人簽章。
- (6)病人問題表：時間、現有問題及需要。
- (7)護理指導評值表：日期、服務項目。
- (8)病人照護計畫：北美護理診斷協會(North American Nursing Diagnosis Association ; NANDA)所公布之護理診斷，愛荷華大學護理研究小組發展護理敏感之病人結果分類(Nursing-Sensitive Patient Outcomes Classification; NOC)，護理措施分類(Nursing Interventions Classification ; NIC)及 ICNP 等規格符合各科所制定護理計畫單張。
- (9)護理紀錄單張：如 ICNP 等規格，記錄病人住院期間之事項。
- (10)特殊檢查與資料病人照護單張：如手術前後準備事項等等。
- (11)出院護理摘要：能記錄病人住院期間所發生之醫療行為摘要。
- (12)出院護理指導、出院護理計畫表：病人出院後所需要繼續執行之護理計畫(藥物、飲食、自我照顧及日常生活指導)，可轉借與追蹤治療。
- (13)其他

3.3.4.2 長期照護(護理之家)護理記錄

- (1)住民紀錄首頁：姓名、性別、出生年月日、主要診斷、ICD9 Code、主要聯絡人姓名、住址、聯絡電話、出入護理之家日期
- (2)入住護理評估：基本資料、過去病史、身體評估、照護需求

- (3)入住評估：社工師、藥師、職能治療師、物理治療師、營養師
- (4)日常生活功能評估：巴氏量表、柯氏等級
- (5)居家訪視紀錄
- (6)醫師紀錄單
- (7)護理計劃
- (8)護理紀錄
- (9)給藥紀錄
- (10)就醫紀錄
- (11)生命徵象紀錄
- (12)日常生活紀錄
- (13)營養狀況評估及紀錄單
- (14)其他相關紀錄

3.3.4.3 居家護理：

- (1)全民健康保險居家照護申請書：申請收案、申請覆核、延長照護
- (2)居家照護醫囑單：病人基本資料(姓名、性別、出生日期、身份證號、直接聯絡人、與病人關係、住址、電話)、醫囑日期、診斷、過去病史、目前狀況、醫囑
- (3)居家照護個案基本資料
- (4)居家照護醫師收案記錄單
- (5)病人身體評估：一般外觀、呼吸系統、循環系統、胃腸系統、泌尿系統、生殖系統、肌肉骨骼神經系統
- (6)Doctor's Order Sheet：居家護理收案醫囑
- (7)居家照護醫師訪視記錄單：

- (8)居家照護家庭評估記錄單：家系圖、家庭類型、平面圖
- (9)居家照護技能評估
- (10)病人健康狀況評估
- (11)居家護理記錄單：特殊問題記錄、單一問題、日期時間、護理活動、護理目標
- (12)其他相關紀錄

護理紀錄各醫療院所之差異性大，建議本案得標廠商先彙整醫療院所現行格式，並與護理相關學協會協商，並參考國際醫學資訊標準，依照 2.5.2 及 2.5.3 節原則訂定之。

3.3.5 其他相關病歷記錄諸如，健康檢查紀錄、有關支援醫療品質、照護成效評估，公共衛生決策和醫院管理等指標所需之欄位內容，建議本案得標廠商先與相關機構、醫療院所、學、協會協商，依照 2.5.2 及 2.5.3 節原則研擬之。

3.3.6 為因應國內應用需求，各項自行訂定之病歷紀錄、報告或文件格式規範，其程序必須符合第二章 2.5.3 節電子病歷內容基本格式擬訂程序原則，經本署同意後，函請相關協學會向國際總會提出本土需求，納入國際標準。

3.4 醫學詞彙及代碼需求

上述各項病歷內容所使用之醫學詞彙及代碼應滿足下列規範。

- (1)診斷代碼及疾病診斷群代碼應符合 ICD9-CM, DRG, 或本署最新公佈之疾病及疾病診斷群代碼。若因應臨床應用需求，得自行訂定之（例如 SNOMED CT）。
- (2)藥品代碼及名稱應符合全民健保編碼及本署相關規定，若因應醫療院所作業需求，得自行訂定之。

- (3)有關治療、處置、手術、衛材、營養及其他照護項目等等所使用之代碼應以國內醫療院所使用現況及作業需求，並參考國際醫學資訊標準(SNOMED CT)研擬之。
- (4)各項檢驗檢查項目代碼及名稱應以國內醫療院所使用現況及作業需求，並參考醫學資訊標準 LOINC(Logical Observation Identifier Name Codes)研擬之。
- (5)數位醫學影像與報告所使用的醫學詞彙與代碼，必須符合 DICOM 3.0 Part 16: Content Mapping Resource 之規範，使用 DICOM 引用之醫學相關標準詞彙及詞彙格式，以供 DICOM 報告及影像物件使用。若因國內醫療院所作業特殊需求，得協商相關醫療資訊標準協會研擬之。
- (6)轉診轉檢單，出院病歷摘要，手術報告或其他有關之病程報告使用之醫學詞彙與代碼，應優先參考全民健保格式規範及本署相關規範，若有不足之處，得彙整醫療院所現行格式，參考 HL7, DICOM, SNOMED 等國際醫學資訊標準，自行訂定之。
- (7)為因應國內應用需求，各項自行訂定之醫學詞彙及代碼規範，其程序必須符合第二章 2.5.3 節電子病歷內容基本格式擬訂程序原則，經本署同意後，函請相關協會向國際總會提出本土需求，納入國際標準。

3.5 中醫電子病歷內容基本格式(含中醫醫學詞彙及代碼)

3.5.1 中醫電子病歷內容除一般西醫之規範外，應就現行中醫醫療院所使用之紙本病歷為基礎，且至少應具備以下項目：

- (1)病人基本資料:
- (2)主訴
- (3)舌診：含舌質、舌苔

- (4)脈診：含左、右脈
- (5)診斷：疾病名及其 ICD-9 CM 代碼
- (6)辨証：証型
- (7)論治：治則
- (8)治療內容處方：包含處方用藥、針灸、傷科的治療內容
- (9)備註：包含理學檢查的結果
- (10)兒科應外加『指診』
- (11)婦科應外加『月經狀況』

3.5.2 中醫病歷內容基本格式擬定原則

本專案得標廠商應收集彙整中醫醫療院所使用之紙本病歷至少應包括五家具有中醫住院服務和 20 家具有中醫門診服務之中醫醫療院所，並參考中醫相關學協會制定之中醫病歷內容規範或醫學資訊標準，得自行訂定中醫病歷內容基本格式(包含中醫醫學詞彙及代碼)規範。

3.5.3 中醫病歷內容基本格式擬定程序

為因應國內應用需求，各項自行訂定之中醫病歷內容基本格式(包含中醫醫學詞彙及代碼)規範，其程序必須符合第二章 2.5.3 節電子病歷內容基本格式擬訂程序原則，經本署同意後，函請相關協學會，納入中醫醫療資訊標準。

3.6 牙醫電子病歷內容基本格式(含牙醫醫學詞彙及代碼)

3.6.1 牙醫病歷內容基本格式

牙醫電子病歷內容(包含牙醫醫學詞彙及代碼)除一般西醫之規範外，應就現行牙醫醫療院所使用之紙本病歷為基礎，且至少應具備以下項目：

- (1)病人基本資料: (含初診牙圖)

- (2)主訴
- (3)過去病史: 包含系統疾病及牙醫病史
- (4)口腔檢查記錄:依各分科使用適用圖表或影像及文字記錄
- (5)診斷: 即病名及其 ICD-10 DA3 代碼,含解剖部位
- (6)治療計畫
- (7)處治內容: 健康保險身份就醫者應包含健保治療代碼、卡號、給藥的治療內容
- (8)備註: 包含理學生化檢查的結果或會診轉診對象, 術後注意事項。
- (9)使用系統性全身麻醉之手術應含麻醉記錄及手術記錄。

3.6.2 牙醫病歷內容基本格式收集需求

本專案得標廠商應收集彙整牙醫醫療院所現行使用之紙本病歷至少應包括 30 家具有門診服務之牙醫醫療院所, 並參考牙醫相關學協會制定之牙醫病歷內容規範或醫學資訊標準, 得自行訂定牙醫病歷內容基本格式(包含牙醫醫學詞彙及代碼)規範。

3.6.3 牙醫病歷內容基本格式擬定程序

為因應國內應用需求, 各項自行訂定之牙醫病歷內容基本格式(包含牙醫醫學詞彙及代碼)規範, 其程序必須符合第二章 2.5.3 節電子病歷內容基本格式擬訂程序原則, 經本署同意後, 函請相關協學會, 納入牙醫醫學資訊標準。

3.7 電子病歷文件存取與安全管理

配合我國電子簽章法, 本署醫療憑證管理中心(HCA)的設置, 電子病歷實施作業要點、隱私權相關規定等, 並參考美國 HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) 法案,

提出周延的規劃以適合國內電子病歷文件存取與安全管理規範。

3.7.1 定義可存取之電子病歷紀錄或文件之基本單元：

電子病歷基本單元包括電子病歷文件識別，所屬病人，相關紀錄內容等等，以為管理電子病歷基礎。

3.7.2 定義電子病歷紀錄或文件之異動關係：

針對每一電子病歷紀錄或文件之建立(create)，修改(update)，增列(append)，取代(replace)及刪除(delete)都必須加以識別，註明類別、時間和操作人員，並可提供文件追蹤管理。

3.7.3 定義電子病歷紀錄或文件基本單元之資料私密等級和敏感度：

- (1)針對每一電子病歷紀錄或文件基本單元，依據病人隱私或其身分需求研擬區分資料私密等級。
- (2)針對每一電子病歷紀錄或文件基本單元，依據就醫資訊內容區分，研擬資料敏感度。

3.7.4 定義電子病歷紀錄或文件存取權限：

針對每一電子病歷紀錄或文件基本單元，定義使用者依其角色，授與該角色可以操作(包括建立，增列，取代，修改，刪除等)本電子病歷紀錄或文件基本單元之權限。

3.7.5 支援電子病歷紀錄或文件認證：

配合我國電子簽章法及本署醫療憑證管理中心(HCA)的設置，針對每一電子病歷紀錄或文件基本單元，必須含有電子簽章，提供認證及不可否認性。

3.7.6 支援電子病歷紀錄或文件存取管理機制：

以針對不同使用者角色及其使用權限，依據電子病歷紀錄

或文件資料私密等級和資料敏感度，建立文件權限管理機制。

3.7.7 支援電子病歷紀錄或文件稽核追蹤：

對於每一電子病歷紀錄或文件基本單元之存取應有記錄，提供追蹤和稽查。

第四章網基(Web-based)電子病歷雛形系統(Prototyping system)

4.1 電子病歷內容基本格式展示：

4.1.1 電子病歷作業規範：

- (1)說明醫療院所電子病歷內容作業資料流程，並以相關資料流程圖輔助說明之。
- (2)採用的資料庫及資料儲存結構和各醫療院所病歷共享機制規範說明。

4.1.2 雛形系統功能：

- (1)至少應於期中報告前完成建置電子病歷內容基本格式(含醫學詞彙及代碼)公告展示網站，提供各界參考，並收集相關意見。
- (2)電子病歷內容基本格式及範例展示（本項作業於期末驗收前完成）
 - a.病歷內容呈現方式由得標廠商自行設計。
 - b.得標廠商所制定的電子病歷各項內容需可完全呈現。
 - c.系統展示時所需使用之各項資料，應由得標廠商自行準備。
 - d.提出之各種病歷內容基本格式範例資料必須具有臨床意義，所使用的資料除病人基本資料外(使用化名)，其餘病歷

資料需為真實資料。

e. 可依病人本身及醫療院所需求，提供以瀏覽器觀看系統相關資訊。

(3)提供可以讓民眾、醫療院所查詢與下載相關病歷格式，同時可以上傳建議或表達意見之操作介面。

(4)電子病歷雛形系統所需之硬體設備及系統軟體均由得標廠商負責提供，與完成電子病歷雛形系統之展示。

第五章 管理需求建議

投標廠商必須撰寫「專案管理計畫書」，以規劃專案執行所需之管理事宜，包括：

5.1 專案組織與人力管理：

5.1.1 依本專案範圍區分資料訪談與收集、資料彙整、協商作業、彙編草案、推動作業等階段，並按投標廠商及其合作廠商機構，分別描述現有之技術人員人數及管理人員人數、預計投入本標案之人數、組織架構、報告管道 (Report Channel) 與本署之連絡方式。

5.1.2 計畫執行期間得標廠商應派駐一專案人員至本署協助計畫之執行、文書工作及各項行政支援。

5.2 專案之工作項目，工作項目間之關係及工作時程

從簽約日至合約結束期間，規劃主要工作項目，說明工作項目間之關係，並以 PERT 圖與甘特圖分別描述工作項目、時程安排及工作項目間之關係等。

5.3 專案進度與品質管理

投標廠商應說明利用何種機制及程序，管理本專案各項工作進度及整個過程，確保本專案品質。

5.4 資訊安全管理：

專案進行期間，為達成個人以及醫療院所相關資料安全保密之目的，其安全管理之措施。

5.5 監控、查核：

投標廠商應說明採用何種方式，達到專案管理監督的目的，訂定各階段的查核目標，及交付的查核物件是否準時，其品質是否合格。

5.6 工作報告

- (1)本專案期間，廠商應於每月 5 日前提交前一個月之工作報告，內容應包括該月份之重要工作項目、完成工作項目、執行人員、進度檢討、下月份預定工作及問題與建議等項目。
- (2)除了期中及期末報告外，本署視專案進度需要，得要求得標廠商按月或臨時向本署主管業務單位報告專案進度，報告時間由本署最遲於一週前通知廠商。

5.7 風險管理：

- (1)若發生緊急狀況、人員離職、工作進度落後或因其他因素，而須緊急增加或調派人力時，所具有動員能力及將採取之方式。
- (2)雙方如履約爭議，按政府採購法第八十五條之一第四項採購履約爭議調解規則辦理。

5.8 變更管理：

廠商針對規範需求，應建立管理與追溯機制，有效管理所有需求文件及建立完整追溯關係，以確保產出結果符合合約需求。

5.9 教育訓練、講習會或研討會：

教育訓練所需之師資、設備、教材、場地等由承包廠商提供，所提教材之簡報資料、書面講義，必須經本署審核通過始得使用。承包廠商完成教育訓練後，應將簽到冊、錄音資料、活動成果相片等資料彙整成冊。

5.10 交付驗收：

投標廠商應提出期中和期末具體交付項目與驗收方式，但必須符合下列期中和期末交付項目及驗收原則：

(1)期中交付項目至少應包括：

- a.本專案制定之門、急診電子病歷內容基本格式(包含中醫醫學詞彙及代碼)草案。
- b.完成 Web based 電子病歷內容基本格式(包含醫學詞彙及代碼)草案之查詢系統，和意見收集系統。
- c.與各協、學會、醫院協商紀錄。
- d.本期間對本署各項工作報告、彙整相關辦理情形。

(2)期末交付項目至少應包括：

- a.所有經專家會議取得共識之電子病歷內容基本格式(包含中醫醫學詞彙及代碼)草案。
- b.電子病歷內容基本格式(包含中醫醫學詞彙及代碼)草案，另未取得共識部分，請說明其原由及提出具體可行方案。
- c.推廣成果報告。

- d.依據電子病歷內容基本格式(包含醫學詞彙及代碼)草案，完成建置 Web based 電子病歷雛形系統。
- e.完成收集意見及各項相關會議記錄分類整理，裝訂成冊。
- f.與各協、學會、醫院協商成果。
- g.本期間對本署各項工作報告、彙整相關辦理成果。

第六章 罰則

6.1 延遲扣款規定

本專案如有超過交貨完工期限，每延遲一日(以日曆天計，星期日、國定假日及其它休息日均應計入)，本署得扣除合約總金額千分之一之懲罰性違約金，款項可自應付貨款或履約保證金項中扣抵；其有不足者，得通知廠商繳納。違約金上限依採購法之採購契約要項第四十五點規定「違約金以契約價金總額之百分之二十為上限」。

6.2 例外辦法

若延遲交貨之原因可歸責於本署或其他不可抗力因素時，廠商可提出事實報告經本署同意後免除此延誤之天數與罰金。

6.3 損害賠償

廠商於得標後須保證履行契約規定，若於合約進行時使本署蒙受之損失或有設備系統安全受損害，無法正常運作時，概由廠商負責賠償，而本署得自應付價金中扣抵。

6.4 權利瑕疵擔保

- (1)廠商應保證本案交付本署之產品未侵害他人之著作權及其他權利，如有侵害他人合法權益時，應由廠商負責處理並承擔一切法律及賠償責任
- (2)廠商所提供之產品因侵害他人著作權或其他權利以致本署不得繼續使用時，應按下列方式擇一解決，並且負責賠償本署因侵權引起之相關費用：
 - a.修改侵權部份，使該產品無觸犯他人權利之處。
 - b.徵得權利人授權，使本署能繼續使用該產品。

第七章 建議書製作規則

7.1 簡述

投標廠商建議書製作，應符合本節之規定。

7.2 裝訂及交付

7.2.1 裝訂

- (1)請用 A4 規格雙面印刷，內容以中文橫式由左至右繕打，裝訂成冊且各部分之章節號碼須前後統一，並標註頁數，軟或硬式封面不可超過 A4 大小。
- (2)請提供一式十五份。

7.2.2 投遞

- (1)截止日期及時間：依公告日期為準。
- (2)投遞地點：
 - a.行政院衛生署秘書室(台北市愛國東路 100 號 8 樓)。
 - b.變更以招標公告為準。

(3)投遞方式

- a.廠商投標文件連同建議書十五份送達本署。
- b.以上如有變更以招標公告為準。

7.3 逾期投遞修改及裝訂

- (1)建議書不得逾期投遞，否則視為棄權。
- (2)建議書於投遞時間截止後，不得修改或增訂。

7.4 一般要求

- (1)製作建議書及合約簽訂前所費之成本，由投標廠商自行負擔，投標廠商報價應包含建議書執行項目所需費用，得標廠商之建議書所有權歸本署。
- (2)投標廠商對於徵求建議書說明文件內容有疑問時，請於公告截止 10 日前之上班時間以書面或傳真(2321-7561，楊先生收)提出意見或問題，本署不另舉辦說明會。
- (3)本署對投標廠商建議書中所提實績經驗有疑問時，得請廠商提出證明文件。

7.5 建議書內容

投標廠商所撰寫「建議書」內容應包括下列主要項目：

- 1.目錄：目錄後請附上建議書中與評選項目相關之建議重點、頁次對照彙總表(請依本文件附錄一“建議書項目對照表”填寫)
- 2.緣起
- 3.專案概述: 簡述專案之名稱、目標、範圍及時程。

4. 專案需求建議

4.1 規劃建議:包括電子病歷內容基本格式、醫學詞彙標準及推廣計畫等建議：

4.1.1 規劃電子病歷內容結構（含電子病歷查詢或索引條件機制，如針對病患個人歷次就醫資料查詢或歸戶 等）

4.1.2 電子病歷內容基本格式收集、分析、彙整等原則、方法與技術

4.1.3 制定電子病歷內容基本格式過程描述(含制定方式、規劃內容等建議)

4.1.4 雛型系統規劃：相關建議須就系統架構，功能、軟體開發、資料庫結構，病歷資料建置等提出說明

4.1.5 提出具體可行之推廣計畫內容、推動方案，以及如何驗收執行成效等

4.2 管理建議:包括專案之規劃，執行過程以及進行推廣等各項管理建議。

4.2.1 專案工作小組與管理(專案工作小組成員說明與專案管理計畫及相關系統標準、文件、需求變更等之管理)

4.2.2 專案工作項目劃分、時程及重要查核點

4.2.3 專案驗收

4.2.4 推廣及教育訓練計畫，需說明舉辦方式、地點、課程安排、使用環境等

4.2.5 廠商須說明如何建置電子病歷及相關配合措施

4.2.6 針對雛型系統提供操作說明及內容規劃原則

4.3 廠商能力：

4.4 價格分析:

本專案之價格分析及經費預估(計價標準依民國 91 年行政院頒「機關委託資訊服務廠商評選及計費辦法」辦理)。並就本專案計畫提列所需經費及相關費用建議。

4.5 其它加分項目，凡有助於本案之創新性，完整性及推廣性之建議。

4.6 其他

第八章 建議書評選

8.投標廠商

- (1) 投標廠商需具有從事醫療領域工作或經驗者較佳。
- (2) 投標廠商投標時，需繳交廠商登記或設立之證明文件影本。

8.2 評選項目

制定及推動電子病歷內容基本格式委外案

評選項目	配分	評 分		
		廠商一	廠商二	廠商三
(一) 規劃建議 1. 電子病歷內容整體規劃的完整性及可行性 2. 推廣計畫內容及辦理方式是否完善及有效 3. 雛型系統架構設計是否容易及方便使用 4. 計畫書之撰寫符合建議書要求	40			
(二) 管理建議 1. 專案各時程劃分之可行性 2. 專案進度之查核設計可否確保專案品質 3. 各時程查核點文件是否恰當 4. 專案小組成員是否包含各相關專業成員 5. 風險管理及規格變動措施是否完善	25			
(三) 投標廠商評估 1. 廠商簡介、基本資料、榮譽獎項 2. 實績說明及參考客戶(實績與履約驗收能力證明, 需有關防印信為憑)。	5			
(四) 加分項目: 投標廠商增列之方案創新性, 完整性, 具體可行性(如電子病歷查詢或索引機制)	10			
價格分析是否合理	20			
合計	100			
序 位				

評選日期: _____

評選委員: _____

編號: _____

8.3 評選作業說明

(1) 招標方式：

- a. 依據政府採購法（以下簡稱採購法）第二十二條第一項第九款規定及「機關委託資訊服務廠商評選及計費辦法」經公開客觀評選為優勝者採限制性招標。
- b. 準用最有利標評選規定。
- c. 本案採固定金額新台幣\$900 萬元。
- d. 本採購案採序位法，廠商應將報價及詳細內容詳列於企劃書內。

(2) 評選方式及評定原則

- a. 價格分析納入評比
評選委員就各評選項目分別評分並換算為序位，再加總計算各廠商之序位：即個別委員對各廠商之評選項目分別評分後加總，並依加總分數高低轉換為序位，再彙整合計各廠商之序位，序位數最低者，即為序位第一之廠商。但總評分平均分數須達合格分數 70 分（含）以上者始得列為優勝廠商。
- b. 本採購案之評定，由採購評選委員會出席委員過半數決定優勝廠商及優勝序位。
- c. 評審標準（載明評審項目及配分）
見 8.2 評選項目。
- d. 簡報
 - d.1 廠商得參加簡報人數最高不得超過 10 人。
 - d.2 廠商簡報設備如需筆記型電腦請自行準備。

- d.3 經資格審查符合招標文件規定之投標廠商，抽籤決定簡報順序，簡報時間地點由本署開標當日或另以書面通知，廠商未於約定時間內到達，由評選委員逕依投標文件評比。
- d.4 由廠商提出 20 分鐘簡報，結束後由委員會進行詢答，廠商對於委員所詢問題之說明、澄清事項列入紀錄。惟所補充之部分不可違反建議書內容，紀錄為契約的一部分。
- e. 二家以上廠商序位總計數相同且為同一優勝序位時之處理：對序位相同廠商再行綜合評選一次，以序位總計數較低者，並經出席委員過半數決定者為較優勝者。綜合評選後之序位仍相同者，抽籤決定之。
- f. 議約及決標
評定優勝廠商之優勝序位後，依優勝序位及下列方式與優勝廠商辦理議約：
 - f.1 優勝廠商為一家者，以議約方式辦理。
 - f.2 優勝廠商在二家以上者，依優勝序位，自最優勝者起，依序以議約方式辦理。
- g. 全部資格審查合格廠商之總評分平均分數未達合格分數或經前述評選程序後仍未能決標，則廢標。

第九章 附錄

附錄一：建議書項目對照表

制定及推動電子病歷內容基本格式委外案

「 」建議書項目對照表

製表日期：93 年 月 日

建議書評選項目		建議書內容對應		
項目	內容	內容摘要(請針對內容提出概述)	頁數	備註
一、規劃建議	1. 電子病歷內容整體規劃的完整性及可行性			
	2. 推廣計畫內容及辦理方式是否完善及有效			
	3. 雛型系統架構設計是否容易方便使用			
	4. 計畫書之撰寫符合建議書要求			
二、管理建議	1. 專案各時程劃分之可行性			
	2. 專案進度之查核設計可否確保專案品質			
	3. 各時程查核點文件是否恰當			
	4. 專案小組成員是否包含各相關專業成員			
	5. 風險管理及規格變動措施是否完善			
三、廠商	1. 評選會簡報內容			

評估	2. 廠商簡介、基本資料、榮譽獎項			
	3. 實績說明及參考客戶(實績與履約驗收能力證明, 需有關防印信為憑)。			
四 價格分析	價格分析是否合理			
五 加分項目	投標廠商增列之方案, 是否具創新性, 完整性, 具體可行性			