

臺北市通訊診療實施計畫資訊安全自我檢核表

檢核單位名稱：_____

檢核日期：_____

檢核人員：_____

	診所及醫院 檢核項目	檢核結果	備註	資料 提供人 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.	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。	
5.	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。	
6.	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；	<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
	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。			
7.	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。	
8.	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。	
9.	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。	
10.	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。	
11.	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。	
12.	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。	
13.	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。	
14.	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。	

	診所及醫院 檢核項目	檢核結果	備註	資料 提供者 簽名欄
15	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。	
16	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。	
17	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：_____ (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)	
18	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。	
19	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。	
20	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。	
21	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。	

	診所及醫院 檢核項目	檢核結果	備註	資料 提供人 簽名欄
22.	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。	
23.	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。	
24.	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
25.	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。	
26.	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。	
27.	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。	
28.	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。	
29.	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。	
30.	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紀錄的保存方式。	
31.	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	

檢核項目	佐證資料
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

檢核項目	佐證資料
26	
27	
28	
29	
30	
31	

臺北市衛生局「通訊心理諮商業務核准作業」初審表

基本資料	
機構名稱： 機構代碼： 機構地址： 機構負責人： 電子郵件：	機構權屬別： <input type="checkbox"/> 心理治療所 <input type="checkbox"/> 心理諮商所 <input type="checkbox"/> 認可機構：_____ <input type="checkbox"/> 學校_____
申請須檢附之文件	審查結果 (符合之各項項目資訊，請標註計畫書頁碼。)
實施計畫內容，應載明下列事項，並檢附佐證資料： 1. 實施之醫事人員 (1)提供心理師名冊暨支援報備資料(機構執登者)。 (2)提供機構執登心理師執業執照、證書影印。 (3)提供心理師支援報備資料表(非機構執登者)。 (4)支援報備者(非機構執登心理師)提供本局核准或下載醫事系統核准表單影印。 (5)提供機構執登心理師與支援報備心理師加入公會證明影本(當年度有效會員證明之公會公函)。 (6)提供實習心理師(依據心理師法第 42 條之規定執行業務)名冊。 2. 業務項目 (1)依心理師法第 13 條、第 14 條及第 16 條執行相關業務。 (2)排除初診個案。 3. 實施對象 (1)年滿十八歲(於 112 年前，18-20 歲個案由本人暨法定代理人共同簽署申請書)。 (2)欲申請通訊心理諮商者，需經機構執業心理師依專業判斷是否合適接受通訊心理諮商及取得本人同意書後，始能為之。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ <input type="checkbox"/> 有(諮商：人、臨心：人) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(諮商：人、臨心：_人) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 第 13 條 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 第 14 條 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 第 16 條 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

4. 實施期間

本計畫實施期間以報備許可後開始計算一年時間。除機構之實施許可因故由臺北市政府衛生局撤銷，亦或是本案實施辦法異動外，本計畫將視為自有效期屆滿日之翌日零時起，視中央核定原則為展延或停止實施，得以相同實施內容延展一年或停止實施。

符合 不符合：_____

有 無

5. 與合作之醫療機構訂定轉介合作計畫

非醫療機構執行通訊心理諮商業務，應與醫療機構訂定轉介合作計畫。

符合 不符合

有 無

6. 告知同意書

檢具之說明，應包括：

(1)本人同意接受 00(全名)機構(以下簡稱機構)提供通訊心理諮商服務，並同意配合安裝由所方指定之通訊系統。

符合 不符合：

有，通訊系統：無

(2)進行通訊心理諮商前，本人應於視訊鏡頭前出示含照片之身分證件，供心理師核對身份。心理師亦應出示有效執業執照，供本人核對心理師身份。

有 無

(3)心理師應於機構諮商室內提供通訊心理諮商服務，以維護本人諮商內容之保密性。

有 無

(4)本人應於隱密、不受打擾之空間內接受通訊心理諮商服務，不得私下對諮商內容截圖、錄音、錄影、或使他人從旁觀看、或進行網路直播等其他活動，以保障雙方隱私。如有相關情形不服勸阻，所方將尋求法律途徑處理。

有 無

(5)本人同意配合通訊心理諮商相關之系統穩定守則，在與心理師進行通訊心理諮商時，妥善使用自身之通訊設備。過程中，若發現有影音設備規格不足，或通訊狀態不佳等情況而對諮商造成明顯干擾時，本人與心理師雙方均有權即時提出停止通訊心理諮商程序之要求，並協議因應方式。

有 無

(6)本人同意遵守通訊心理諮商之視訊安全與倫理規範，不能傳輸助長國內不利條件及和涉及國家安全之資料；不能傳輸任何不符合當地法規、國家法律和國際法律的影音或圖文資訊。

有 無

(7)本人同意遵守「00(全名)機構諮商同意書」(附件:同意書)上關於諮商費用、出席諮商規則、諮商關係避免、諮商結束、保密倫理、錄音(影)同意及資料保管、保護生命等相關內容。

有，載明諮商費用 無

(8)本人已熟悉基本網路特性與通訊軟體操作能力。

有 無

(9)本人同意由機構執業心理師依專業判斷是否合適，並簽署同意書後，接受通訊心理諮商。

有 無

7. 個人資料保護及資料檔案安全維護措施

符合 不符合:

應說明個人資料保護及檔案安全維護措施，應包括：

(1)進行通訊心理諮商前，心理師應於視訊鏡頭前出示有效執業執照，供個案核對心理師身份，個案也應出示有照片之身分證件，供心理師核對身份。

有 無

(2)心理師應於機構諮商室內執行通訊心理諮商服務，以維護個案諮商內容之保密性。個案也應於隱密、不受打擾之空間內接受通訊心理諮商服務，亦不得私下對諮商內容截圖、錄音、錄影、使他人從旁觀看、或進行網路直播等其他活動，以保障雙方隱私。

有 無

(3)通訊心理諮商紀錄之保管應依心理師法、個人資料保護法相關規定，以紙本記錄保密留存，並標註「通訊心理諮商」作為本局查核依據。

有 無

(4)當有人員歇業、離職應清楚登載，並進行資訊安全之維護，完整相關使用資料權限均須異動。

有，管理人員:所長 無

8. 其他主管機關指定事項

符合 不符合: _____

應有收費標準及項目之說明，並依規定開立收費明細及收據。

有，檢附收據1份 無

不適用(學校)