114年

「智慧健康應用試煉場域推廣」專案

提案計畫書

提案機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（全銜）

協同機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（全銜）

解決方案名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（請自行填寫）

**目錄**

頁碼

1. 團隊簡介 （　　）
   * 1. 提案機構 （　　）
     2. 協同機構 （　　）
2. 計畫內容與實施方法 （　　）
   * 1. 背景說明 （　　）
     2. 應用場域及情境描述 （　　）
     3. 解決方案之成熟度及實際商用化情形 （　　）
     4. 執行方式 （　　）
     5. 預定計畫進度 （　　）
     6. 預期效益 （　　）
3. 執行團隊說明 （　　）
4. 附件 （　　）
   * 1. 共同提案意願書 （　　）
     2. 提案機構設立或登記證明 （　　）
     3. 協同機構設立或登記證明 （　　）
     4. 其他（請列述之） （　　）

共（　　）頁

**113年「智慧健康應用試煉場域推廣」專案計畫書**

1. **綜合資料**

| **提案機構** |  | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **專案 主持人** | (姓名/職稱) | **聯絡電話** | **分機** |
| **電子郵件** |  |
| **聯絡窗口** | (姓名/職稱) | **聯絡電話** | **分機** |
| **電子郵件** |  |
| **協同機構** |  | | |
| **聯絡窗口** | (姓名/職稱) | **聯絡電話** | **分機** |
| **電子郵件** |  |
| **解決方案 名稱** |  | | |
| **醫藥器材 許可字號** | □無 □有，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **IRB證明** | □已於 年 月 日取得核可證明書。  □已於 年 月 日送件，目前送審中。  □尚未申請，預計申請期程： 。  □不須申請。 | | |
| **應用場域** | 請填寫應用之科別/醫療照護作業流程： | | |
| 是否為以下相關智慧健康照護應用之解決方案：  □否  □是（□高齡友善；□無障礙就醫；□醫療淨零；□降低照護者工作負荷；□由醫學中心與非醫學中心共同合作） | | |
| **創新科技類別** | □人工智慧/類神經網路/機械學習/深度學習　□物聯網應用  □穿戴式感測器 □結合4G或5G等行動通訊技術  □其他： | | |

1. **團隊簡介**
   * 1. 提案機構
        1. 機構簡介
        2. 導入創新科技應用現況概述（如：IoT、機器人或AI等智慧醫療/健康解決方案應用）
     2. 協同機構
        1. 機構簡介
        2. 研發創新科技應用現況概述（如：IoT、機器人或AI等智慧醫療/健康解決方案應用）
        3. 近2年經營狀況：

*說明機構內現有智慧醫療（健康）解決方案項目之應用現況（無者免填並於表格中備註「無」）*

| 主要智慧醫療（健康）  解決方案 | | 是否已  商品化 | 是否已取得TFDA | 導入應用  之機構 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | □否  □是 | □否  □是，許可證字號：  　＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |
| 2 |  | □否  □是 | □否  □是，許可證字號：  　＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |
| 3 |  | □否  □是 | □否  □是，許可證字號：  　＿＿＿＿＿＿＿＿ |  |
| … |  |  |  |  |

1. **計畫內容與實施方法**
   * 1. 背景說明（如：醫療服務現狀描述、場域需求與問題分析等）

*應具體列出提案機構需求或擬解決之問題*

* + 1. 應用場域及情境描述

*依智慧醫療（健康）解決方案之應用情境說明（可輔以情境示意圖）。*

*應明確說明導入創新科技模式與傳統方式之差異性，須包含功能規格或服務模式等。*

* + 1. 本案創新科技之成熟度及實際商用化情形

*應明確說明該創新科技之成熟度（須提供技術成熟度質化與量化指標），及其於國內外實際應用情形（含非醫療場域應用）。*

* + 1. 執行方式

*應明確說明本計畫說所有工作項目、相關執行步驟/方法、是否申請IRB。*

* + 1. 預定進度（以Gantt Chart表示各月份之執行進度）

| 月份  工作項目 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（如篇幅不足，請自行複製）

* + 1. 預期效益

*概述透過創新科技模式之導入，確實解決醫療痛點之實質成果，包括直接效益與衍生效益（執行本計畫其他所需協助事項或未來於國內擴散與永續營運模式）*

1. **執行團隊說明**

*參與計畫專業人員簡歷表（含專職及兼職人員，且提案機構及協同機構均應分別填列）*

* + 1. 提案機構

| 編號 | 姓名 | 職稱 | 參與本計畫內容及執行項目 | 曾執行相關計畫經驗 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

* + 1. 協同機構

| 編號 | 姓名 | 職稱 | 參與本計畫內容及執行項目 | 曾執行相關計畫經驗 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

1. **附件**