

專 藥 申 請 書	
申請人：執行機構： <input type="checkbox"/> 台北馬偕紀念醫院 <input type="checkbox"/> 淡水馬偕紀念醫院 <input type="checkbox"/> 新竹馬偕紀念醫院 電話： <input type="checkbox"/> 台東馬偕紀念醫院 <input type="checkbox"/> 馬偕兒童醫院 <input type="checkbox"/> 新竹市立馬偕兒童醫院 執行地點：如XXX科、XXX中心	
病人姓名：性別：出生日期： 電話：病歷號碼：國民身分證統一編號： 通訊地址：	
緊急聯絡人：(病人家屬資料) 電話： 傳真： 聯絡地址：	監測人：(醫師資料) 電話： 傳真： 聯絡地址：
藥品名稱(商品名/學名)： 藥品規格含量： 藥品總數： 藥品付費方式：(健保/自費/廠商免費提供) 製造廠廠名及生產國別：	
(1) 適用疾病：	
(2) 申請理由：	
(3) 臨床活動狀態(Performance Status)：	
(4) 接受過之治療：	
(5) 預計治療時間：__週/月/年	
(6) 藥物給予方式： <input type="checkbox"/> 一次給病人全部藥物 <input type="checkbox"/> 每隔一段時間：__週給一次	
(7) 藥物管理方式： <input type="checkbox"/> 存放於藥局 <input type="checkbox"/> 非存放於藥局：請指明地點	
<b>【註】(藥品名稱)救援治療，適用於業經傳統治療無效之(疾病名稱)之病人，且身體狀況仍佳者。</b>	
簽名欄： 申請人簽名：_____ 日期：_____	

專 案 進 口 醫 療 器 材 申 請 書	
申請人： 電話：	執行機構： <input type="checkbox"/> 台北馬偕紀念醫院 <input type="checkbox"/> 淡水馬偕紀念醫院 <input type="checkbox"/> 新竹馬偕紀念醫院 <input type="checkbox"/> 台東馬偕紀念醫院 <input type="checkbox"/> 馬偕兒童醫院 <input type="checkbox"/> 新竹市立馬偕兒童醫院 執行地點：如XXX科、XXX中心
病人姓名： 電話： 通訊地址：	性別： 病歷號碼： 出生日期： 國民身分證統一編號：
緊急聯絡人：(病人家屬資料) 電話： 傳真： 聯絡地址：	監測人：(醫師資料) 電話： 傳真： 聯絡地址：
醫療器材名稱： 醫療器材規格： 醫療器材申請數量： 醫療器材付費方式： 製造廠廠名及生產國別：	
(1) 適用疾病：	
(2) 申請理由：	
(3) 臨床活動狀態(Performance Status):	
(4) 接受過之治療：	
(5) 預計治療時間：__週/月/年	
(6) 醫療器材使用方式：	
(7) 醫療器材管理方式： <input type="checkbox"/> 存放於本院：請指明地點 <input type="checkbox"/> 非存放於本院：請指明地點	
<b>【註】(藥品名稱)救援治療，適用於業經傳統治療無效之(疾病名稱)之病人，且身體狀況仍佳者。</b> 簽名欄：  申請人簽名：_____ 日期：_____	