專 藥 申 請 書

申請人:
電話:

執行機構:□台北馬偕紀念醫院 □淡水馬偕紀念醫院□新竹馬偕紀念醫院
□台東馬偕紀念醫院 □馬偕兒童醫院 □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)	**監測人**:(醫師資料)
電話:	**電話**:
傳真:	**傳真**:
聯絡地址:	**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:
□ 一次給病人全部藥物
□ 每隔一段時間:____週給一次

(7) 藥物管理方式:
□ 存放於藥局
□ 非存放於藥局:請指明地點

【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。

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:□**台北馬偕紀念醫院** □**淡水馬偕紀念醫院**□**新竹馬偕紀念醫院**□**台東馬偕紀念醫院** □**馬偕兒童醫院**□**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)	**監測人**:(醫師資料)
電話:	**電話**:
傳真:	**傳真**:
聯絡地址:	**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**:

□ **存放於本院**:請指明地點

□ **非存放於本院**:請指明地點

【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。

簽名欄**:**

申請人簽名:_____ 日期:_____.