

專藥申請書

申請人: 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

電話: 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:

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:

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: 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
 電話: 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: _____.