

醫療機構接受香港或澳門居民來臺醫療服務同意書

醫療機構全銜：_____

醫療機構用印

本案聯絡人：_____

聯絡電話：_____

醫療機構是否為醫療服務國際化推動計畫會員機構名單：

是

用印日期： 年 月 日

申請人		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期	民國 年 月 日	居住地	國	省 (市)
疾病名稱				
停留天數	本案完整療程：_____天/週/月/年	隨同醫護專業人員(若無則免填)		
	需定期回診： <input type="checkbox"/> 是(回診週期 _____天/週/月) <input type="checkbox"/> 否	職稱	姓名	陪同說明
	本次預計在臺停留時間：_____天/週/月			
陪同來臺親屬資料(若無則免填)				
稱謂	姓	名	陪同來臺說明	

備註：病患得申請配偶或三親等內親屬共 2 人陪同來臺，必要時得申請居住國(地區)醫事人員 2 人同行照護。需檢具親屬關係證明或醫事人員服務單位派遣證明。

請依香港或澳門居民來臺就醫之疾病類別勾選下列疾病一覽表選項

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1. 需積極或長期治療之癌症(含血癌) <input type="checkbox"/>2. 血液、淋巴系統疾病 <input type="checkbox"/>3. 末期腎臟病 <input type="checkbox"/>4. 自體免疫性疾病 <input type="checkbox"/>5. 先天性新陳代謝異常疾病 <input type="checkbox"/>6. 先天性畸形或染色體異常 <input type="checkbox"/>7. 燒燙傷面積達全身百分之二十以上；
或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者 <input type="checkbox"/>8. 活體器官移植及移植後之追蹤治療 <input type="checkbox"/>9. 小兒痲痺、腦性痲痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症 <input type="checkbox"/>10. 因消化系統功能不全或其他慢性疾病所引起之嚴重營養不良與其併發症 <input type="checkbox"/>11. 重症肌無力症 <input type="checkbox"/>12. 先天性免疫不全症 <input type="checkbox"/>13. 脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者 <input type="checkbox"/>14. 腦血管疾病及需積極治療之腦部病變 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>15. 多發性硬化症 <input type="checkbox"/>16. 先天性肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/>17. 皮膚及皮下組織病變與其重大併發症 <input type="checkbox"/>18. 早產兒所引起之各種器官併發症 <input type="checkbox"/>19. 運動神經元疾病 <input type="checkbox"/>20. 不具感染性之泌尿、生殖系統疾病 <input type="checkbox"/>21. 骨骼、結締組織受損或功能不全所引起之併發症 <input type="checkbox"/>22. 肝、膽、腸、胃等消化器官功能衰竭及其併發症 <input type="checkbox"/>23. 需積極治療之心血管疾病 <input type="checkbox"/>24. 妊娠、不孕症及相關重大疾病與併發症 <input type="checkbox"/>25. 需依靠置入外物輔助以發揮正常功能之感覺及其他器官疾病 <input type="checkbox"/>26. 牙齒組織與齒髓相關疾病及其相關併發症 <input type="checkbox"/>27. 罕見疾病 <input type="checkbox"/>28. 其他需醫療介入之疾病或手術 |
|--|---|

注意事項：若發現病患與其陪同來臺親屬發生違規違常情事，應立即通報衛生福利部國際醫療管理工作小組(通報電話：02-2885-1528)。