

全民健康保險特殊造影檢查複製片及報告申請同意書

保險對象基本資料	姓名《必填》		性別《必填》		本院(台北榮總)病歷號《必填》										
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
	身分證字號/居留證字號《必填》		出生日期《必填》		聯絡電話《必填》										
			年(西元) 月 日		住家： 公：										
聯絡地址《必填》															
申請特殊造影檢查名稱		<input type="checkbox"/> PET Whole Body Scan (部位:全身) 檢查日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PET Focal Scan (部位:局部) 檢查日期： 年 月 日 《勾選並填寫部位及檢查日期》													
原檢查醫院名稱及代號		醫院名稱： _____ 《必填》					原檢查醫院病歷號碼								
第二次處方醫院		診治醫師姓名： _____ 《必填》 醫院名稱： 台北榮民總醫院 醫院代號： 0601160016 醫院地址： 11217台北市北投區石牌路二段201號					戳章： _____ _____ 《用印》 申請日期： _____								
病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人申請		申請人簽章 _____ 《必填》		身分證字號/居留證字號											
		申請人與病人關係		<input type="checkbox"/> 病人本人 <input type="checkbox"/> 申請人與病人之關係： _____											
備註		聯絡單位：台北榮總核醫部繼正子中心 楊邦宏 醫事放射師 聯絡電話：(02)2875-7301 傳真電話：(02)2876-9332													

行政院國軍退除役官兵輔導委員會 台北榮民總醫院

全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享案件回覆單

保險對象 基本資料	姓名《必填》	身分證字號/居留證字號《必填》	本院(台北榮總)病歷號《必填》
申請特殊造影 檢查名稱	PET Whole Body Scan (部位:全身)檢查日期： 年 月 日 PET Focal Scan (部位:局部) 檢查日期： 年 月 日 《勾選並填寫部位及檢查日期》《勾選並填寫部位及檢查日期》		
原檢查醫院名稱 及代號	醫院名稱： _____ 《必填》 醫院代號： _____	原檢查醫院 病歷號碼	
第二次處方醫院	診治醫師姓名： _____ 《必填》	醫院名稱： 台北榮民總醫院 _____ 醫院代號： 0601160016 _____ 醫院地址： 11217台北市北投區石牌路二段201號	
資源共享回覆欄	回覆日期： _____年(西元)_____月_____日 1. <input type="checkbox"/> 目前安排病人於_____科門診與後續治療。 2. <input type="checkbox"/> 安排病人住院接受_____治療。 3. <input type="checkbox"/> 已轉診至_____醫院。 4. <input type="checkbox"/> 轉回原院所_____醫院。 5. <input type="checkbox"/> 本院重做檢查，結果報告如附件。 6. <input type="checkbox"/> 其它：		
	回覆醫師簽章： _____ (診治醫師)		
備註	聯絡單位：台北榮總核醫部繼正子中心 楊邦宏 醫事放射師 聯絡電話：(02)2875-7301 傳真電話：(02)2876-9332		