

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 | | | | | 醫院代號： _____ | | |
| 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》 | | | | | 戳章： _____ | | | | | 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： <div style="text-align: right;"> 回覆醫師簽章： _____ (診治醫師) </div> | | |
| 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 | | |