

大陸人士 _____ 治療計畫書及預定療程表

患者姓名		醫療服務或 手術名稱	
病情簡介			
療程與在台 停留期間	此個案完整療程約 _____ 天 / 週 / 月 / 年， 本次在台停留期間為 _____ 天/週/月		
預定療程計畫		時程	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 術前檢查 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 術後復健或持續治療 <input type="checkbox"/> 追蹤返診 <input type="checkbox"/> 其他 _____		自 年 月 日 至 年 月 日，共 _____ 天	

代申請醫療機構名稱(全銜)： _____

主治醫師簽章： _____

日期： 年 月 日