醫療補助自費項目說明書

病患_____於____年____月____日至____年____月____日因_____
在本院接受治療而使用(施行)下列自費品項：

項目	
用途	
使用原因	☐ 提供健保、自費項目供選，病患同意選擇自費。 ☐ 無健保給付項目可供替代。 ☐ 該病症無提供健保品項使用。 ☐ 因情況急迫，經醫師評估有使用之必要。 ☐ 已使用過健保給付項目，但效果不彰，經醫師專業評估確有醫療之必要性。 ☐ 受病況影響再次使用該項健保給付項目,但超過健保給付次數，經醫師專業評估確有醫療之必要性。 ☐ 就醫期間無健保床，且必須接受住院治療。 ☐ 其他因素(請說明)：
項目	
用途	
使用原因	☐ 提供健保、自費項目供選，病患同意選擇自費。 ☐ 無健保給付項目可供替代。 ☐ 該病症無提供健保品項使用。 ☐ 因情況急迫，經醫師評估有使用之必要。 ☐ 已使用過健保給付項目，但效果不彰，經醫師專業評估確有醫療之必要性。 ☐ 受病況影響再次使用該項健保給付項目,但超過健保給付次數，經醫師專業評估確有醫療之必要性。 ☐ 就醫期間無健保床，且必須接受住院治療。 ☐ 其他因素(請說明)：

醫師：　　(職章)

中華民國　　年　　月　　日

【表格如不敷使用，請再行列印填寫】