

行政院衛生署疾病管制局全國醫療服務卡申請書

新申請 遺失補發

申請人姓名		男： <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日
身分證字號	聯絡電話	女： <input type="checkbox"/>		
聯絡地址				
中華民國國民身分證	正面影本	反面影本		
衛生局審核意見欄	<p>1. 受理日期：_____。</p> <p>2. <input type="checkbox"/>同意核發全國醫療服務卡，追蹤管理系統電腦編號：_____。 <input type="checkbox"/>不同意，不符申請條件。 理由：</p> <p>3. 申請人非本衛生局管理追蹤個案，電話聯絡疾管局____分局，請其查詢並傳真個案疫調單供審查用。</p>			
	承辦人：	復核：	決行：	
	電話聯絡申請人日期：	<input type="checkbox"/> 填妥「管理追蹤調查表」並更新追蹤管理系統，或傳真至管理追蹤之衛生局。 <input type="checkbox"/> 填妥「就醫過程之醫病關係調查表」，傳真至疾病管制局，傳真電話：(02) 2391-3482。		
	核發全國醫療服務卡日期：			

管理追蹤調查表

姓名：

追蹤管理電腦編號：

1. 隱私連絡電話：_____
2. 疑似或確認為愛滋寶寶：母親姓名_____母親 HIV 編號 _____
3. HIV 子女追蹤資料：子女姓名_____性別____HIV 檢驗日期_____結果_____
子女姓名_____性別____HIV 檢驗日期_____結果_____
4. 原外國籍後來歸化本國籍：是否
5. 是否曾變過性別？是否
6. HIV 女性感染者懷孕情形：第__次懷孕，目前懷孕週數__，預防性投藥是否
預產期_____，人工流產日期_____
生產方式_____，本次懷孕活產數_____
產後哺育母乳是否，HIV 陽性小孩數_____
7. 性傾向：異性戀同性戀雙性戀
8. HIV 感染危險因子：性行為血友病靜脈毒癮者(不含搖頭族)接受輸血者
母子垂直感染(需追蹤滿 18 個月,確認為愛滋寶寶)其他_____
9. HIV 接觸者資料(含配偶)：接觸者姓名_____，接觸者性別_____，
與感染者關係_____，接觸者 HIV 追蹤結果_____
接觸者姓名_____，接觸者性別_____，
與感染者關係_____，接觸者 HIV 追蹤結果_____
10. HIV 最近一次就醫紀錄：醫療院所名稱_____，就醫方式_____
就醫日期_____，已使用雞尾酒療法
11. 愛滋病診療就醫憑證：核發日期_____卡別_____
12. 我國國民之外籍配偶申請愛滋病診療就醫憑證（臨時卡）：是，國籍_____否
13. HIV 個案備註：_____

就醫過程之醫病關係調查問卷

非常感謝您參與這個問卷調查。本調查是由「疾病管制局」所主辦，目的是想瞭解目前的就醫服務品質，以作為未來改善醫療照顧的參考。您的回答內容絕對會被保密，僅與其他問卷調查結果一起作統計分析。請您在回答以下的問題時，儘量勾選出最符合您現況的答案。謝謝您的合作！

性別：1. 男 2. 女

年齡：1. 17歲或以下 2. 18-24歲 3. 25-30歲 4. 31-40歲 5. 41-50歲 6. 51歲或以上

一. 有關此法定傳染病的治療與就醫情形:

1. 有定期到指定醫院看診 → 多久看診一次: _____ 個月

2. 沒有定期到指定醫院看診 → 未定期看診原因：i. 不需要 ii. 第一次看診
iii. 就醫不方便 vi. 藥物副作用 v 其他→請說明: _____

二.-1 請問您目前有沒有在服用藥物（雞尾酒療法）作治療？

1. 有 → 服藥情形：i. 完全按時服藥 ii. 大部分按時服藥

iii. 偶而服藥/想吃才吃 → 未按時服藥原因: _____

2. 沒有 → 未服藥原因：i. 醫師未建議用藥 ii. 醫生建議停藥

iii. 本身不想服藥 → 為什麼: _____

二.-2. 除了醫療以外的藥物，您是否曾經有注射藥物（例如：海洛因、古柯鹼等成癮藥物）的經驗？1. 有 → 請續答 2.1 2. 沒有 → 請跳至第三題

2.1 您最近3個月內曾經注射藥物嗎？1. 有 → 請續答 2.2 2. 沒有 → 請跳至第三題

2.2 您最近3個月內注射藥物的時候，是否曾與其他人共用針具、稀釋液、稀釋容器？
1. 有 2. 沒有

2.3 您最近1年內與_____人共用針具、稀釋液、稀釋容器？

三. 在您一開始要使用雞尾酒療法藥物治療之前，醫生是否有向您解釋藥物的使用與可能發生的副作用？

1. 有 → 請問您是否有完全瞭解醫生的說明？i. 完全瞭解 ii. 少部分不瞭解
iii. 大部分都不太瞭解 vi. 完全不了解

2. 沒有做服藥說明或解釋

四. 請問您在服用雞尾酒藥物，碰上難以忍受的副作用時，您是如何處理？

1. 回診，請醫生更改處方 2. 自行減少藥量或服用次數 3. 自行停藥

4. 換一家指定醫院拿藥 5. 其他，請說明: _____

五. 請問當您到非指定醫院就醫時，您是否會主動告知醫護人員您是感染者呢？

1. 會告知 2. 不會告知 3. 不一定，視情況而定

六. 請問您有沒有曾經因主動告知醫護人員您是感染者，而遭到醫院的拒診呢？

1. 有 → 科別: _____；醫院型類別：診所 綜合醫院 2. 沒有

七. 請問身為感染者，目前您最在意或擔心困擾的問題是什麼? _____

八. 當您遇到上述所提到的問題時，請問您期望能獲得什麼樣的協助或支援？

1. 電話諮詢熱線 2. 社工人員 3. 醫師諮詢 4. 衛教護士諮詢

5. 其他: _____

九. 當您得知自己受到感染以後，是否還有過性行為？

1. 都沒有

2. 有 → 假設有10次性行為的話，那麼大概有幾次會全程使用保險套？_____次
如果您不是每次都全程使用保險套，能否說明為什麼？

十. 請問您知道我國國民之愛滋病檢驗及治療費用由公務預算支付？1 知道 2 不知道

行政院衛生署疾病管制局全國醫療服務卡領取委託書

受 託 人 填 寫 欄 位	<p>_____（申請人）因故未能親自領取全國醫療服務卡，特委託 _____（受託人）持本人無法親自申領之重症證明、身分證件及受 託人身分證件代向 貴局申辦全國醫療服務卡手續。</p> <p>此致</p> <p>_____衛生局</p>	
	委託人簽名：	委託日期：民國 年 月 日
	受託人簽名：	申請人與受託人關係：
	受託人身分證字號：	受託人聯絡電話：
	受託人聯絡地址：	
	受託人中華民國國民身分證正面影本	受託人中華民國國民身分證反面影本