

# 醫療計畫書

## Medical Treatment Planning and Arrangement

機構資料 Medical Institution Information			
醫療機構全銜(Medical Institution Name) : _____			
本案聯絡人 Contact Person		聯絡電話 TEL	
病患基本資料 Basic Information			
病患姓名 Name			
國籍、地區 Nationality		護照號碼 Passport No.	
出生日期 Date of Birth	YYYY/MM/DD	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female)
醫療計畫 Medical information			
就醫原因 Reason for Medical Tourism	(至少應包含內容：1.是否曾來臺就醫 2.之前在當地之醫療處置 3.本次來台就醫必要性說明)		
前次診察方式	到院就診/通訊診察 (前次診察需已依醫療法規定製作病歷)	前次診察 日期	YYYY/MM/DD
主要診斷 Diagnosis			
主治科別 Medical Department			
病情說明 Brief Summary	(就醫療面敘述個案病況，例如已做過的檢查數據、腫瘤大小等等)		
療程計畫 Treatment Plan	(應包含療程天數及期程治療說明，且所列天數應與預計停留時間一致)  <div style="text-align: right;">預計停留時間 Estimated Length of stay : _____天</div>		
伴醫需求 Accompanying needs	<input checked="" type="checkbox"/> 親屬(Relatives within third degree of relationship) _____人 (person) <input type="checkbox"/> 醫護人員(Medical Personnel) _____人(person)		

(灰色字樣為說明，填寫內容時請自行刪除)

主治醫師(Doctor) : \_\_\_\_\_

日期(Date) : \_\_\_\_\_