**醫療計畫書**

109年8月1日制定公告

109年9月4日修正公告

**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  Nationality |  | 護照號碼  Passport No. | | |  |
| 出生日期  Date of Birth | yyyy/mm/dd | 性別  Gender | | | □男(Male)  □女(Female) |
| 醫療計畫Medical information | | | | | |
| 就醫原因  Reason for Medical Tourism | (應包含本次來台就醫必要性說明) | | | | |
| 主要診斷  Diagnosis |  | | | | |
| 病情說明  Brief Summary |  | | | | |
| 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)  **預計停留時間Estimated Length of stay： 天** | | | | |
| 伴醫需求  Accompanying needs | □ 親屬(Relatives within third degree of relationship) 人(person)  □ 醫護人員(Medical Personnel) 人(person) | | | | |

(如有其他須敘明事項請自行增列)

主治醫師(Doctor)： 日期(Date)：