

大陸/國際人士\_\_\_\_\_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_____年， 本次在台停留期間為 _____天		
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): 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

主治醫師簽章: \_\_\_\_\_

日期: 年 月 日