

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院檢驗醫學科
臨床檢驗需求申請表

編號:

申請日期	年 月 日
檢驗需求	<input type="checkbox"/> 新增檢驗項目 <input type="checkbox"/> 修訂參考值 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請詳細說明)
檢驗項目名稱(全名)	
臨床意義 (請附相關資料來源)	
生物參考區間	
他院是否提供該項檢驗	<input type="checkbox"/> 是；醫院名稱：_____ 操作單位：_____ <input type="checkbox"/> 否
院內其他單位是否已有 此項檢驗服務	<input type="checkbox"/> 是；單位名稱：_____ <input type="checkbox"/> 否
預估每週檢體量	<input type="checkbox"/> <10 <input type="checkbox"/> 10-50 <input type="checkbox"/> 50-100 <input type="checkbox"/> >100
報告時效需求	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 其他
收費	<input type="checkbox"/> 有健保給付；健保碼：_____ 健保點數：_____ <input type="checkbox"/> 無健保給付；建議自費金額：_____ (請附其他機構收費參考來源)
申請人	單位/職稱：_____ 姓名：_____ 電話：_____ 直屬主管：_____
以上表格申請單位先行評估填妥後(為了縮短申請流程，請申請單位 每項欄位務必填寫) 請將申請表送至檢驗醫學科；聯絡人：品管醫檢師；聯絡電話：13952 轉 207 相關申請經檢驗科評估後，尚須於檢驗暨影像品質管理委會決議後續。	

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院檢驗醫學科
臨床檢驗需求申請表

檢驗醫學科評估：

- 自行操作
- 委外代檢
- 因檢驗頻率低或試劑無法取得等，建議臨床改用其他方式評估病人病情
- 其他

說明：

評估人員：

主任：