

附件一

102 年度全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫申請表

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼	
	院所負責醫師姓名		身分證字號	
	院所負責醫師年資		電話	
			傳真	
	院所地址：			
	承辦計畫醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	年資
		台中字第 號		
		台中字第 號		
		台中字第 號		
		台中字第 號		
		台中字第 號		
料	每週診療時間			
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果	備 註
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他醫事人力			
	配合養護機構相關資料			
保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他： 審核委員： 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			