

附件四

網絡醫院或職業傷病通報者之疑似職業病診斷報告及轉介單

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	
電話		地址			
疾病類型 (疾病名稱)	<input type="checkbox"/> 疑似職業性癌症：_____ <input type="checkbox"/> 疑似職業暴露石棉引起之疾病（非癌症類型）：_____ <input type="checkbox"/> 疑似塵肺症 <input type="checkbox"/> 疑似其他職業病：_____				
職業 暴露狀況	1. 與本次疾病可能相關之工作： 2. 可能之暴露危害因子： 3. 可能之暴露劑量與暴露期間：				
個案轉介 意願	個案是否有意願至認可醫療機構接受更詳細之診斷評估： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 並同意將個人資料提供該認可醫療機構，所有資料將依個人資料保護法規定，僅作為職業傷病診斷及相關服務使用： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 經醫師解釋，已瞭解轉介原因及目的，請於下方簽名 個案簽名：				
同意轉介 日期	中華民國_____年_____月_____日				
疑似職業病 通報日期	<input type="checkbox"/> 完成 本案通報系統編號： <input type="checkbox"/> 未完成 中華民國_____年_____月_____日				
轉介醫師與 網絡醫院	(醫師簽名或蓋章)		(網絡醫院方章) (職業傷病通報者免填)		
認可醫療機 構診治結果	<input type="checkbox"/> 職業病並已完成通報 本案通報系統編號：_____ <input type="checkbox"/> 非職業病 註：本欄位由認可醫療機構填寫				
轉入認可醫 療機構	(認可醫療機構方章)				

註：認可醫療機構需將本文件妥善保存，作為網絡醫院醫師或職業傷病通報者申請費用之審查依據。