

罕見疾病個案報告單

(請以正楷書寫)

通報日期： 年 月 日

個案姓名			身分證字號			
出生日期	民國 年 月 日 (年齡： 歲)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	死亡日期：(請加註) 年 月 日	
確定診斷日期	民國 年 月 日	病歷號碼				
身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 已歸化本國籍之外籍配偶		國籍別			
個案聯絡電話	公() 宅()	手 機				
戶籍所在地	縣 鄉鎮 市 區市	路 街	段	巷	弄	號 樓之
現住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣 鄉鎮 市 區市 路 街 段 巷 弄 號 樓之					
來診原因	<input type="checkbox"/> 1. 本人有罕見疾病 <input type="checkbox"/> 2. 家族有罕見疾病 <input type="checkbox"/> 3. 其他 (請註明)					
主訴及症狀 (C.C.& Symptom)						
主要病徵 (Sign)						
主要檢驗結果						
診斷名稱	(中文)		ICD-9-CM 編碼			
	(英文)		ICD-10-CM 編碼			
治療情形及建議						
專業人員訪視 (請勾選)	1. 是否已接受遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 是，諮詢機構： ; <input type="checkbox"/> 否 2. 病人是否同意專業人員訪視 <input type="checkbox"/> 是 ; <input type="checkbox"/> 否					
診療醫院 (全銜)			診療醫院 代碼			
診斷醫師			聯絡電話	()	分機	
通報單位 聯絡人	<input type="checkbox"/> 同診斷醫師		聯絡人 電子信箱			

註：
 1. 本報告單正本第一聯由診療醫院留存，第二聯請併個案病歷摘要及相關檢驗報告，掛號寄至國民健康署委託之罕病醫療補助專案辦公室((220)新北市板橋區文化路二段242號2樓)。通報相關聯絡人資料：韓俊傑先生，電話：(02) 2253-6066，傳真：(02) 2253-6966，E-mail：report-RD@ms2.iisigroup.com。
 2. 「罕見疾病防治及藥物法」第七條：「醫事人員發現罹患罕見疾病之病人或因而致死者，應向中央主管機關報告」。另「罕見疾病防治及藥物法施行細則」第五條：「本法第七條規定之報告，應自發現之日起一個月內為之」。