

個案資料表

(請以正楷書寫) 日期： 年 月 日

個案姓名		身分證字號	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
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"/> 亡 死亡日期：(請加註) 年 月 日	
診斷日期	民國 年 月 日	病歷號碼				
個案聯絡電話	公 () _____		手 機 _____			
戶籍所在地	縣市 鄉鎮區市 村	路街	段	巷	弄	號 樓
現住地址	縣市 鄉鎮區市 村	路街	段	巷	弄	號 樓
家族史						
主訴及症狀						
主要病徵						
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						
診療醫院(全銜)			診療醫院代碼			
診斷醫師			聯絡電話	()		分機

註：1.檢附個案與罕見疾病病程相關之原始病歷紀錄、檢驗及影像學等報告

2.第一聯：由診療醫院留存，第二聯：寄至國民健康署委託之罕見疾病醫療補助專案辦公室

(10341)臺北市大同區長安西路 289 號 8 樓-1，電話：02-2545-9066，傳真：02-2545-9166。