罕見疾病特殊營養食品個案同意書

<table>
<tr><td colspan="2">特殊營養食品名稱：</td><td>規格：　　g / 罐</td><td colspan="2">廠牌(廠商)：</td></tr>
<tr><td colspan="3">使用單位：</td><td colspan="2">電話：　　分機</td></tr>
<tr><td colspan="5">使用醫師：</td></tr>
<tr><td>個案姓名：</td><td>性別：</td><td colspan="2">生日：</td><td>電話：</td></tr>
<tr><td>病歷號碼：</td><td colspan="4">身分證字號：</td></tr>
<tr><td colspan="5">(一) 治療目的：</td></tr>
<tr><td colspan="5">(二) 治療方法：(攝取量)
(攝取量)　　g / 天</td></tr>
<tr><td colspan="5">(三) 其他可能的治療方法及說明：</td></tr>
<tr><td colspan="5">(四) 可能導致之副作用與危險：</td></tr>
<tr><td colspan="5">(五) 預期治療效果：</td></tr>
<tr><td colspan="5">(六)個案應配合事項：
1、同意接受罕見疾病特殊營養食品『後續關懷』服務，如:電訪或家訪。
2、遵照醫師或營養師進行飲食控制，依醫囑食用特殊營養食品，並定期回診及追蹤。</td></tr>
<tr><td colspan="5">(七) 本人已詳閱以上各項資料，有關本營養品之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本營養食品。

申請醫師簽名：
(醫師親簽或醫師章)
使用個案 (或法定代理人)簽名：

日期：</td></tr>
</table>

註：上表一~五項由申請醫師詳細填寫，一~六項必須向個案(或法定代理人)詳細說明。

本補助案經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應