

醫療機構「公費臺灣清冠一號藥品費用」申請補助清冊

| 序號 | 院所資訊 | | | 個案資訊 | | 藥品資訊 | | | | 院所查檢欄位 | | |
|----|--------|--------|------|------|------|------|--------|------|-------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| | 醫療機構名稱 | 申報費用年月 | 申請費用 | 姓名 | 出生日期 | 藥品品名 | 用藥起始日期 | 開藥天數 | 開立總克數 | COVID-19 確診個案 | 個案簽署同意書 | 個案收治療處所 |
| 1 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 醫院/集檢所 /防疫旅館/ 居家 |
| 2 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

說明：

- 1.請院所將完成用藥治療之個案清單，於次月底前以電子郵件寄送衛生福利部中醫藥司備查 ([醫院請寄:cmyanru@mohw.gov.tw](mailto:cmyanru@mohw.gov.tw)；[診所請寄:cmalvinkun@mohw.gov.tw](mailto:cmalvinkun@mohw.gov.tw))。
- 2.本清冊欄位倘不敷使用，請自行新增欄位。

填表人：

填報日期： 年 月 日