

西醫基層審畢案件審查說明單

科別：

※檢附資料：

| | | | |
|---|--------|------|-------|
| 類別：(請勾選) | 醫事機構代號 | 費用年月 | 個案流水號 |
| <input type="checkbox"/> 費用申報 <input type="checkbox"/> 事前審查 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)： | | | |

※個案來源：(請勾選)

A. 個案相關資料：1. 醫療費用清單 2. 醫令清單 3. 病歷相關資料

B. 其他佐證資料：1. 醫學相關報導(期刊、文獻等) 2. 其他：

| | |
|--------|----------------------------|
| 審查理由說明 | |
| 審查重點 | |
| 建議事項 | ※請填列具體可行的審查規範文字內容，俾利討論或彙總。 |

備註：對於抽審評量建議結果如有不同專業見解或其他認為有討論必要者，請填列審查說明單敘明理由，提報所屬分區相關會議討論，作為「西醫基層審查醫藥專家品質指標」評量參考。

第
頁
共
頁

| | |
|------|------|
| 申請人 | 收案單位 |
| 申請日期 | 收案日期 |

西醫基層審畢案件審查說明單

科別：

※檢附資料：

| | | | |
|---|--------|------|-------|
| 類別：(請勾選) | 醫事機構代號 | 費用年月 | 個案流水號 |
| <input type="checkbox"/> 費用申報 <input type="checkbox"/> 事前審查 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)： | | | |

※個案來源：(請勾選)

A. 個案相關資料：1. 醫療費用清單 2. 醫令清單 3. 病歷相關資料

B. 其他佐證資料：1. 醫學相關報導(期刊、文獻等) 2. 其他：

| | |
|--------|----------------------------|
| 審查理由說明 | |
| 審查重點 | |
| 建議事項 | ※請填列具體可行的審查規範文字內容，俾利討論或彙總。 |

備註：對於抽審評量建議結果如有不同專業見解或其他認為有討論必要者，請填列審查說明單敘明理由，提報所屬分區相關會議討論，作為「西醫基層審查醫藥專家品質指標」評量參考。

第
頁
共
頁

| | |
|------|------|
| 申請人 | 收案單位 |
| 申請日期 | 收案日期 |