

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。

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。

申請人	收案單位
申請日期	收案日期