

醫療機構代理申請大陸地區人民來臺接受醫療服務通知表

申請者		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生日期	民國_____年_____月_____日	居住地	省 _____ 縣 _____ (市) (市)	
代申請醫療機構全銜				
欲提供之醫療服務項目	疾病名稱(符合行政院衛生署 98 年 7 月 15 日衛署醫字第 0980202301 號公告之疾病一覽表): _____ (疾病一覽表列序次第 _____ 項)	本案聯絡人： _____ 聯絡電話： _____		
陪同來台親屬資料 (註.如無則免填)	序	稱謂	姓名	陪同來台說明
	1			
	2			
	3			
	4			
隨同照料醫護專業人員 (註.如無則免填)	序	稱謂	姓名	陪同來台說明
	1			
	2			
停留天數	是否需定期回診： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	預計回診週期：_____天 / 週 / 月(單選)			
預計停留天數：_____天 / 週 / 月(單選)				
注意事項：				
1. 欲代理申請大陸地區人民來台接受醫療服務之醫療機構應於醫療服務量尚有餘裕，且不影響國人權益為前提，凡經醫院評鑑合格，並規劃有大陸人士醫療服務專區者，得代理申請之；但符合行政院衛生署國民健康局許可之診所或醫院，代申請以接受人工生殖施術為目的，不受醫院評鑑合格之限制。				
2. 本署 98 年 7 月 15 日衛署醫字第 0980202301 號公告疾病一覽表如後附。				
3. 代申請醫療機構須確實掌握申請人與其陪同來臺親屬之在台行程，若發現病患與其陪同來台親屬發生違規違常情事，應立即通報衛生署(通報電話：02-8590-6666)。				

大陸地區人民得於台灣地區接受醫療服務之疾病一覽表

序	疾病名稱	序	疾病名稱
1	需積極或長期治療之癌症(含血癌)	15	多發性硬化症
2	血液、淋巴系統疾病	16	先天性肌肉萎縮症
3	末期腎臟病	17	皮膚及皮下組織病變與其重大併發症
4	自體免疫性疾病	18	早產兒所引起之各種器官併發症
5	先天性新陳代謝異常疾病	19	運動神經元疾病
6	先天性畸形或染色體異常	20	庫賈氏病
7	燒燙傷面積達全身百分之二十以上；或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者	21	不具感染性之泌尿、生殖系統疾病
8	活體器官移植及移植後之追蹤治療	22	骨骼、結締組織受損或功能不全所引起之併發症
9	小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症	23	肝、膽、腸、胃等消化器官功能衰竭及其併發症
10	因消化系統功能不全或其他慢性疾病所引起之嚴重營養不良與其併發症	24	需積極治療之心血管疾病
11	重症肌無力症	25	妊娠及相關重大併發症
12	先天性免疫不全症	26	需依靠置入外物輔助以發揮正常功能之感覺器官疾病
13	脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者	27	牙齒組織與齒髓相關疾病及其相關併發症
14	腦血管疾病及需積極治療之腦部病變	28	罕見疾病

本表資料來源：本署 98 年 7 月 15 日衛署醫字第 0980202301 號公告