

罕見疾病個案報告單 (請以正楷書寫)

通報日期： 年 月 日

個案姓名	身分證字號	
出生日期 (民國 年 月 日 (年齡： 歲))	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿 死亡日期：(請加註) 年 月 日
確定診斷日期 (民國 年 月 日)	病歷號碼	
身分別 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 已歸化本國籍之外籍配偶	國籍別	
個案聯絡電話 公() 宅()	手 機	
戶籍所在地 縣 鄉鎮 路 市 區市 街 段 巷 弄 號 樓之		
現住地址 <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣 鄉鎮 路 市 區市 街 段 巷 弄 號 樓之		
來診原因 <input type="checkbox"/> 1. 本人有罕見疾病 <input type="checkbox"/> 2. 家族有罕見疾病 <input type="checkbox"/> 3. 其他	(請註明)	
主訴及症狀 (C.C.& Symptom)		
主要病徵 (Sign)		
主要檢驗結果		
診斷名稱 (中文)	ICD-10-CM 編碼	
(英文)		
治療情形及建議		
專業人員訪視 (請勾選)	1. 是否已接受遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 是，諮詢機構： ; <input type="checkbox"/> 否 2. 病人是否同意專業人員訪視 <input type="checkbox"/> 是 ; <input type="checkbox"/> 否	
診療醫院 (全銜)	長庚醫療財團法人 高雄長庚紀念醫院	診療醫院代碼 1142100017
診斷醫師	聯絡電話	
通報單位 聯絡人	聯絡人 電子信箱	

- 註：
1. 本報告單正本第一聯由診療醫院留存，第二聯請併個案病歷摘要及相關檢驗報告，掛號寄至國民健康署委託之罕病醫療補助專案辦公室((220)新北市板橋區文化路二段242號2樓)。通報相關聯絡人資料：許沛昇先生，電話：(02) 2253-6066，傳真：(02) 2253-6966，E-mail：report-RD@ms2.iisigroup.com。
2. 「罕見疾病防治及藥物法」第七條：「醫事人員發現罹患罕見疾病之病人或因而致死者，應向中央主管機關報告」。另「罕見疾病防治及藥物法施行細則」第五條：「依本法第七條規定負有報告義務之醫事人員，應於發現罕見疾病病患或屍體之日起一個月內，向中央主管機關陳報」。