**嚴重特殊傳染性肺炎確診個案解除隔離治療建議單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法傳編號 |  | 身分證字號 |  |
| 個案姓名 |  | 出生年月日 |  |
| 醫院名稱 |  | 醫 師 |  |
| 診斷 |  | | |
| 解隔離治療  說明 |  | | |
| 醫院填報日期 | 中華民國 年 月 日 | 醫院簽章 |  |