|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自費特材說明書**屏東榮民總醫院**　 MF A1　 病患姓名： 病歷號： 品項名稱：

|  |  |
| --- | --- |
| 一 | 費用：請參考「全民健康保險病患自願付費同意書」所列。 |
| 二 | 產品特性/使用原因： |
| 三 | 應注意事項： |
| 四 | 副作用： |
| 五 | 自費品項與健保給付品項之療效比較： |
| 自費品項 | 健保品項 |
|  |  |

□本人□ 家屬或法定代理人簽章： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |