|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |