

自費特材說明書

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