

衛生福利部疾病管制署
抗結核免費藥(專案進口)病患同意書

治療藥品：		
執行單位：	電話：	
治療醫師：	職稱：	
病人姓名：	性別：	年齡：
身分證號碼：		
通訊住址：	電話：	
緊急聯絡人：	電話：	
治療疾病名稱：		
給藥方法(含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程...等)：		
可能產生的副作用、處理方式：		
預期效果：		
治療進行之禁忌或限制活動：		
※本藥並無衛生福利部藥品許可證，不適用藥害救濟法。		
本人已詳閱以上各項資料，有關本藥之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。		
病人/監護人簽署：	日期：	年 月 日
治療醫師簽署：	日期：	年 月 日
口頭同意之見證		
見證人簽署：	日期：	年 月 日
治療醫師簽署：	日期：	年 月 日