

樣本

特殊醫療需求接種流行性腦脊髓膜炎疫苗申請單

申請日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申請者資料			
姓名		出生日期	民國____年____月____日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
聯絡電話			
聯絡地址			
接種者資料 <input type="checkbox"/> 同申請者			
姓名		出生日期	民國____年____月____日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
預計接種日	民國____年____月____日	國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 非本國籍：_____
聯絡電話			
聯絡地址			
申請原因	<input type="checkbox"/> 使用 Eculizumab(Soliris®)治療需要 <input type="checkbox"/> 其他醫療需求(請簡述)：_____		

- \* 上述欄位填寫完畢後請併同相關證明文件傳真至衛生局審核。
- \* 本疫苗為自費藥品，疫苗公告價格可至疾管署網站「國際旅遊與健康>國際旅遊資訊>國際預防接種及藥物>疫苗、藥品費用及取得方式」查詢。
- \* 此專案調度僅供住院且經評估不適合離院之患者申請，可離院之患者請轉介至所在地旅遊醫學合約醫院接種，醫院名單可至所在地衛生局或疾管署網站(<http://www.cdc.gov.tw>)「國際旅遊與健康 >國際旅遊資訊>旅遊醫學門診」查詢。  
 審核機關名稱：\_\_\_\_\_

衛生局承辦人

單位主管

通過  未通過

以下由接種醫院填寫留存，並於完成接種後送衛生局備查

接種醫院			
申請疫苗	流行性腦脊髓膜炎疫苗	疫苗批號	
疫苗價格		接種日期	民國____年____月____日
醫師簽章		接種人員簽章	
接種醫院核章			

