

治療狀況摘要說明

病童姓名	
病況說明 (請詳述)	
費用預估	
使用藥品	
使用原因/ 目前使用狀況	
治療計畫	
預期成效/ 成效	

並請簡附相關資料(如醫學文獻...等)。限無健保給付,同時需為急迫性、必要性及不可替代性之治療方案。

主治醫師簽章:

日期: