

好 甘 心 診 所

Good Will Clinic

長期服藥之慢性病人無法親自就醫者切結

病人姓名： 生日： 年 月 日 病歷號：

本人因屬須長期服藥之慢性病人，因下列特殊情況

☐ 行動不便

(原因或傷病情形簡述：)

☐ 出海作業之遠洋漁船，出海期間： 年 月 日至 年 月 日 (返國)

服務船公司 (船名)：

☐ 國際航線船舶船員，出海作業期間： 年 月 日至 年 月 日 (返國)

服務船公司 (船名)：

☐ 器官移植患者出國期間： 年 月 日至 年 月 日 (返國)

出國目的地：

☐ 無病識感之精神病患

無法親自就醫，同意委託_____ (與本人之關係：)，向醫師陳述病情，

由醫師依專業決定是否再開給相同處方，特立書為憑，此致

醫療財團法人好心肝基金會好心肝診所

立書人：_____ 身分證號：_____

生日： 年 月 日 聯絡電話：_____

受託人：_____ 身分證號：_____

聯絡電話：_____

同日看多科：1. _____ 科 2. _____ 科 3. _____ 科

西 元 年 月 日

就醫日期：西元 20 年 月 日 (診所填載)