

**佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院**  
**「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」同意書**

收案日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 出生：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

電話：(1)\_\_\_\_\_ (2)\_\_\_\_\_

※目的：糖尿病為高發生高費用之疾病，且無法僅由內分泌或新陳代謝專科醫師即可提供完善周延的醫療照護，有鑑於此，衛福部陸續於全省各地推動糖尿病共同照護網，希望藉由各種經過訓練的專業醫事人員間的團體合作，提供病人包含診察、檢驗、衛教及追蹤等完整的服務，以降低或延緩糖尿病患併發症與合併症的發生，不但維護病人的健康，亦可控制醫療費用。

※注意事項：

1. 個案須配合定期回診及糖尿病衛教。
2. 提供糖尿病衛教相關資料予個案。
3. 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用。
4. 參與方案院所新收案對象，經本局健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
5. 若因於病人者，如失聯超過 1 年、拒絕再接受治療因素需做轉診接續管理追蹤時，應請原院所辦理結案程序後，即由受理轉診之院所再上網辦理收案程序，接續個案管理追蹤，免喪失管理追蹤之權益。

對本方案有任何疑問，該如何洽詢？

您可以從保險人網站(<http://www.nhi.gov.tw>)瞭解更多訊息，或請洽詢保險人免付費服務專線：0800-030-598 或 4128-678(不須加區域碼) 或所在地之本保險人分區業務組。

本人同意加入衛生福利部中央健康保險署「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」並配合定期回診。並且同意提供個人資料予佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院，並接受本院以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件等方式通知相關病友會活動訊息。

追蹤項目：全部電話書面簡訊電子郵件傳真

就診日期：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本人(或親屬)簽名：