

病歷號：
姓 名：
生 日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院

National Taiwan University Hospital

專案藥品病人同意書

藥品名稱：		
使用單位：	科部/病房	
治療醫師：	電話：	
病人姓名：	性別：	年齡：
病歷號碼：		
通訊住址：		電話：
緊急聯絡人：		電話：
(一) 治療目的：		
(二) 治療方法：		
(三) 可能導致之副作用與危險：		
(四) 預期治療效果：		
(五) 其他可能之治療方法及其說明：		
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。		
立同意書人： (簽章) 身分證字號：		
與病人之關係 (請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____		
住址： 電話：		
日期：西元 年 月 日		
*病人雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之。前項有同意權人為配偶及同居之親屬。		
(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二位見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由2名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)		
見證人 1： (簽章)		見證人 2： (簽章)
見證人 1 身分證字號：		見證人 2 身分證字號：
日期：西元 年 月 日		
治療醫師簽章：		
日期：西元 年 月 日		

註：請口語化簡單描述

西元 2016 年 10 月 21 日病歷委員會修正通過 MR 19-421

西元 2016 年 09 月 26 日品質暨病人安全委員會審核通過

文件編號

01400-4-601971

版次

02

⑥