

# 臺北市政府衛生局 函

受文者：國立臺灣大學醫學院附設醫院

發文日期：中華民國108年5月10日

發文字號：北市衛醫字第1083119458號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：收費核定表1份

主旨：核定貴院醫療費用收費項目1項：「胎間輸血症候群胎兒鏡雷射燒灼手術」收費金額22,950元/每次，請查照。

說明：

- 一、復貴院108年5月9日校附醫主字第1081200132號函暨依據臺北市醫療費用收費標準核定原則辦理。
- 二、旨揭核定項目之名稱及金額，請揭示於醫療機構及所屬網站，並於櫃檯備置經主管機關核定之紙本收費標準供病人查閱，以供民眾就醫參考及達資訊透明目的。對於是類對象，治療前應充分告知並取得病患同意，以確保其權益。

正本：國立臺灣大學醫學院附設醫院

副本：



臺北市政府衛生局核定國立臺灣大學醫學院附設醫院收費

核定日期：108年5月9日  
北市衛醫字第1083119458號

項次	診療項目	收費金額(元)/ 單位	醫院補充說明
婦產部			
1	胎間輸血症候群胎兒鏡雷射 燒灼手術(Fetoscope LaserPhotocoagulation)	22,950元/每次	1.每次收費22,950元。 2.為手術之費用，係用以治療胎間輸血症候群，含基本手術材料，不含雷射光纖、雷射導引器、套管針、麻醉費及特殊醫材藥品、住院、回診等。