

居家護理申請書

申請人_____茲因患者_____病情之需，懇請 貴院醫療人員至家中護理，在醫療過程中，患者不論發生任何意外變化，決不歸咎 貴院醫護人員，決議無異。

- () 更換導尿管
- () 更換鼻胃管
- () 更換氣管套管
- () 其他

空口無憑，特立此書為證。

此 致

台東縣鹿野鄉衛生所

申請人_____簽章

與 患 者 關 係 _____

電 話

住 _____

址 _____

請家屬注意下列事項

1. 材料費健保不給付由家屬自行負責，醫師、護士出診的車馬費由家屬支付。
2. 固定每 14 日更換一次，出診前會先以電話通知。
3. 患者不幸死亡或或痊癒或住院、搬遷、不需更換上列事項時請先以電話通知。
4. 聯絡電話：(089) 551074、550722。傳真 (089) 550265