

杏永醫院

Shing-Yong Hospital

糖尿病患者參與醫療給付改善方案同意書

姓名		性別		病歷號碼	
身分證號		出生日期	年	月	日

一、計畫目的：

糖尿病為高發生高費用的慢性疾病，且無法僅由內分泌或新陳代謝專科醫師即提供完善周全的醫療照護。

有鑑於此，健保局陸續推動糖尿病共同照護網，希望經由訓練的專業醫療團隊合作，並藉由疾病管理，以病人為中心，提供包含診察、檢驗、衛教與追蹤等完整的服務，降低或延緩併發症及合併症的發生，達成整體性的照護。

二、計畫建議：

1. 除遵從醫囑定期藥物控制，並了解飲食、運動及生活自我保健的重要性。
2. 依循治療指引提供糖尿病患者完整的持續性追蹤治療。

三、計畫內容：

糖尿病個案必須依疾病管理的階段性照護進行定期血液、尿液、眼睛及足部神經檢查與衛教指導項目。

四、計畫規定：

須定期於同一院所追蹤，並完成第一階段與第二階段年度追蹤管理照護，若失聯超過三個月(≥90天)或病人未執行本方案管理照護超過1年者，則視為放棄此計畫資格。

本人已詳閱並了解「糖尿病患者參與醫療給付改善方案」內容，並同意加入此方案。

此致

杏永醫院

立同意書人簽名：

關係：病患之

地址：

電話：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

附註:立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。