

附件 2：自費藥品退藥(費)申請單

員榮醫院自費藥品退藥(費)申請單

(第一聯 批掛室存根)

病人資料						
申請日期： / /				病人姓名：		
身份證字號(或病歷號)：				連絡電話：		
<input type="checkbox"/> 藥物不良反應造成嚴重不適 茲因 <input type="checkbox"/> 衛生主管機關公告下架或廠商自主回收藥品 之原因，擬辦理自費藥品退藥 <input type="checkbox"/> 檢查用藥因故不能進行檢查 (費)事宜，藥品明細如下：						
項次	藥品名稱	數量	單位	單價	總價	備考
1						
2						
3						
合計						
備註：(1)自費藥品退藥需於領藥後 7 日內提出申請，逾期恕無法辦理退費。 (2)單位：顆/盒/條/瓶/包/片。						
處方醫師簽章				藥劑科		
<input type="checkbox"/> 同意病人辦理退費，已完成處方醫令修改。 <input type="checkbox"/> 不同意病人辦理退費。 <input type="checkbox"/> 其他意見：				<input type="checkbox"/> 符合退藥條件，俟處方醫師同意辦理藥品回收作業。 <input type="checkbox"/> 合計回收藥品 項 件。		
(醫師章)				(藥劑科章)		

(請沿線撕開)

員榮醫院自費藥品退藥(費)申請單

(第二聯 藥局存根聯)

病人資料						
申請日期： / /				病人姓名：		
身份證字號(或病歷號)：				連絡電話：		
<input type="checkbox"/> 藥物不良反應造成嚴重不適 茲因 <input type="checkbox"/> 衛生主管機關公告下架或廠商自主回收藥品 之原因，擬辦理自費藥品退藥 <input type="checkbox"/> 檢查用藥因故不能進行檢查 (費)事宜，藥品明細如下：						
項次	藥品名稱	數量	單位	單價	總價	備考
1						
2						
3						
合計						
備註：(1)自費藥品退藥需於領藥後 7 日內提出申請，逾期恕無法辦理退費。 (2)單位：顆/盒/條/瓶/包/片。						
處方醫師簽章				藥劑科		
<input type="checkbox"/> 同意病人辦理退費，已完成處方醫令修改。 <input type="checkbox"/> 不同意病人辦理退費。 <input type="checkbox"/> 其他意見：				<input type="checkbox"/> 符合退藥條件，俟處方醫師同意辦理藥品回收作業。 <input type="checkbox"/> 合計回收藥品 項 件。		
(醫師章)				(藥劑科章)		

