

COVID-19 口服抗病毒藥物重複領藥申請切結書

本人_____（身分證字號：_____）

於_____年_____月_____日

由_____（醫療機構名稱）

開立 COVID-19 口服抗病毒藥物（ Paxlovid Molnupiravir），

因_____之故，

於_____（遺失地點）致前述口服抗病毒藥物遺失，

申請重新開立處方領藥

以上申報如有虛偽情事，願付法律上一切責任。

此致

_____（醫療機構名稱）

立切結書人：

與病人關係：

身分證字號：

電話：

地址：

簽名蓋章：

檢附病人身分證件（正反面）影本

檢附立切結書人身分證件（正反面）影本

（若立切結書人非領藥病人本人，必須同時檢附病人與立切結書人之身分證明）

如病人符合低/中低收入戶資格，請檢附低/中低收入戶證明文件影本

中 華 民 國 年 月 日

COVID-19 口服抗病毒藥物重複開立審查表

審查日期： _____年____月____日

基本資料	<ul style="list-style-type: none"> ● 病人姓名： _____ ● 病人身分證/護照/居留證號： _____ ● 出生年月日： _____年____月____日 	
前次開立口服 抗病毒藥物資訊	<ul style="list-style-type: none"> ● 前次開立口服抗病毒藥物日期： _____年____月____日 ● 前次開立之口服抗病毒藥物名稱： <input type="checkbox"/> Paxlovid <input type="checkbox"/> Molnupiravir ● 重複開立口服抗病毒藥物原因： 病人藥物遺失 	
申請重複開立 之藥品及藥量	<input type="checkbox"/> Paxlovid 劑量總計：共____天，共____劑次	<input type="checkbox"/> 已收費，_____元 (____劑次*2,179元/劑次) <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶免收費
	<input type="checkbox"/> Molnupiravir 劑量總計：共____天，共____劑次	<input type="checkbox"/> 已收費，_____元 (____劑次*2,134元/劑次) <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶免收費
醫師確認事項	<p>本人已確認取得病人（代理人）簽署之「COVID-19 口服抗病毒藥物重複領藥申請切結書」，並評估病人須重新取得上述劑量藥物，以完成完整治療療程。</p> <p>醫療機構名稱： _____</p> <p>處方醫師簽章： _____</p> <p>（連絡電話或手機： _____）</p>	
收費人員核章		