

新竹市祝你好孕補助計畫「中醫助孕調理」

附件9-2

第二次中醫照護項目檢核表

申請人基本資料	姓名		出生日期		性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
	身分證字號 或 居留證字號		電話		手機	
	戶籍地址					
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 現居地址：				
臨床表徵診療及衛教指導						
項目一、中醫四診診療醫療諮詢			<input type="checkbox"/> 已完成		<input type="checkbox"/> 未完成	
項目二、體質分析辨別			<input type="checkbox"/> 寒性體質		<input type="checkbox"/> 熱性體質 <input type="checkbox"/> 其他：	
項目三、衛教及飲食指導			<input type="checkbox"/> 已完成		<input type="checkbox"/> 未完成	
項目四、穴位保健指導			<input type="checkbox"/> 已完成		<input type="checkbox"/> 未完成	
項目五、藥膳調理			<input type="checkbox"/> 已完成		<input type="checkbox"/> 未完成	
中醫師總評建議	診療起迄時間：____時____分至____時____分					
核章	_____ 中醫院(所) 醫師簽章：					
	民眾簽章：					
中華民國      年      月      日						

第一聯：衛生局(白)

第二聯：合約院所(黃)

第三聯：個案留存(紅)