

桃園市政府衛生局

桃園市民醫療小管家計畫入會申請表

申請人基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年 月日	年 月 日
	身分證 統一編號		手機		連絡 電話	
	e-mail	(請填寫 e-mail 以利開通醫療小管家會員帳號)				
	戶籍地址	桃園市_____區_____里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓				
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 另列如右：_____				
收案資格	<input type="checkbox"/> 設籍桃園市列冊之獨居老人 <input type="checkbox"/> 設籍桃園市曾被醫師診斷有高血壓之個案。 <input type="checkbox"/> 設籍桃園市曾被醫師診斷有糖尿病之個案。 <input type="checkbox"/> 設籍桃園市失智症確診個案 <input type="checkbox"/> 本市遠距健康照護服務計畫中使用遠距健康量測居家個案 (本欄位由醫療院所填寫)					
申請人家戶資料	姓名	身分證統一編號	出生年月日	與申請人親屬關係		

同意書	<p>本人申請加入「桃園市民醫療小管家計畫」，已充分了解並符合本計畫設籍桃園市之申請加入對象資格規定。</p> <p>本資料僅供「桃園市民醫療小管家計畫」委託之醫事機構彙整統合，並作為衛生單位公共衛生研究、政策效益分析、家戶個案追蹤管理及相關公共衛生資料庫串聯之用，且會將上述資料匯入本局所開發之桃園市民健康資訊系統，以利本計畫內所屬體系醫事人員辦理整合式健康照護服務，決不對外公開，未來也將提供民眾更便捷快速之查詢服務。如發表研究時亦會以匿名方式及整體研究結果作為呈現方式。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人已知悉且已瞭解桃園市民小管家計畫，並同意貴局於所列目的之必要範圍內，蒐集、處理及利用本人之個人資料。</p> <p>另中央健康保險署推行「健康存摺」系統，民眾可透過網路身分驗證，自行查詢或下載個人健保相關資料，做好自我健康管理，並可在就醫時提供醫師參考，及提供體系內醫事人員健康照護管理，若您也同意中央健康保險署「健康存摺」註冊申請，請勾選下列選項。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人同意貴機構代為向中央健康保險署北區業務組申請「健康存摺」註冊，且同意本人所屬照護體系醫事人員運用上傳之健康存摺資料，作為健康照護管理使用。</p> <p>(當您勾選並簽署本同意書時，即表示您已閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容)</p> <p>(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)</p> <p>此致 桃園市政府衛生局</p> <p style="text-align: right;">申請人(或代理人)簽章： 申請日期： 年 月 日</p>
代理人基本資料	<p>姓名： _____</p> <p>身分證統一編號： _____</p> <p>電話： _____</p> <p>手機： _____</p> <p>與申請人關係： _____</p> <p>通訊地址： _____ 縣市 _____ 鄉鎮市 _____ 村(里) _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓</p>
<p>受理合約合作責任醫院：怡仁綜合醫院</p> <p>收案合約機構：</p> <p>家庭責任醫師姓名：</p>	

註：若對健康存摺有任何疑問，請洽健保署免付費服務專線：0800-030-598。

