



「幼兒專責醫師制度計畫」同意書

您好：

恭喜您的孩子可以優先參與衛生福利部「幼兒專責醫師制度計畫」的照護服務。

「幼兒專責醫師」最重要的任務，是在您的同意下，透過專業、專人的健康管理，整合政府提供的各項幼兒疾病預防與健康促進業務，讓您的孩子得到適時且連續性的健康照護，包括未滿 3 歲幼兒之照護諮詢、健檢、疫苗、塗氟等各項保健時程關懷等；若有特殊醫療需求，將協助您的孩子轉介到相關專業的醫療院所，或必要時安排居家訪視。

本計畫相關人員亦將秉持保密原則，妥善處理您和您的孩子的資料；您不需額外支出相關費用、也沒有購買額外自費產品的壓力(醫療院所得酌收掛號費，或政府尚未補助之自費疫苗費用另計)，即可得到更完整的醫療服務。如您還有其他疑問，可向您的幼兒專責醫師溝通反映，或洽詢所在縣市衛生局。

衛生福利部 關心您！

您的幼兒專責醫師：_____

所在院所：_____

聯絡電話：_____

幼兒 資料	姓名		身分證 字號		出生 日期	年 月 日 ※需未滿 3 歲
	性別		是否為 多胞胎	☐ 否 ☐ 是，同胎次序：○1 ○2 ○3		
家長 資料	姓名		身分證 字號		關係	☐ 母 ☐ 父 ☐ (外)祖父母 ☐ 監護人(請說明)：
	聯絡 電話		聯絡 地址			
簽名		年 月 日				

※外籍人士請填寫居留證號碼。

※本同意書直系親屬簽署，若為社會福利機構監護之幼兒，將委由該機構授權。

----- (請沿此虛線撕下，並轉交幼兒專責醫師) -----

幼兒姓名		身分證字號：
父母親基本資料	父親(☐ 同家長資料)	母親(☐ 同家長資料)
姓名		
身分證字號		
因特殊原因無法取得之說明		