

COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫

110年12月13日健保醫字第1100046233號公告

壹、計畫依據

依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心指示辦理。

貳、計畫說明

嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，又稱新冠肺炎)為2020年造成全球嚴重疫情之新興飛沫傳染性疾病，染疫後影響多重器官障礙及身心症狀，其康復後所衍生身體或心理 COVID-19急性感染後徵候群，易造成病患跨多科就醫、社會功能退縮，對個人、家庭、工作等造成負面的影響。

本計畫係啟動感染嚴重特殊傳染性肺炎後之整合醫療照護模式，提供周全性及跨科別之醫療照顧，促進嚴重特殊傳染性肺炎病患的恢復，減少長期的醫療支出，達到多贏的目標。

參、目的

- 一、建立 COVID-19染疫康復者整合門診、住院醫療照護模式與長照服務轉介機制，提供以染疫康復者為中心之全人整合性醫療照顧服務。
- 二、透過跨科別積極整合性醫療服務、社會資源轉介及長照轉銜服務，促進 COVID-19染疫康復者回歸日常生活品質。

肆、計畫期間：自公告日起至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後6個月止。

伍、預算來源

- 一、COVID-19染疫康復者於隔離期間之醫療費用由衛生福利部疾病管制署編列預算支應。
- 二、COVID-19染疫康復者解除隔離後醫療費用由衛生福利部中央健康保險署(下稱保險人)全民健保年度醫療給付費用總額支付。

三、COVID-19 染疫康復者解除隔離後之獎勵費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算支付。

陸、推動策略

一、透過獎勵誘因，鼓勵醫院提供具全民健康保險保險對象之 COVID-19 染疫康復者，衍生 COVID-19 急性感染後徵候群(附件1)之整合式門住診醫療照護服務。

二、COVID-19 染疫康復者如同意參與本計畫，須簽署同意書(附件2)。

柒、執行方式

一、參與醫院條件與資格

(一)具備「嚴重特殊傳染性肺炎整合醫療照護團隊」之醫學中心、區域或地區醫院，須同時具備整合門診及住院整合照護。

1、醫師：胸腔科、感染科、神經內科、心臟內科、重症醫學專科、精神科、皮膚科、復健科、中醫科或其他 COVID-19 急性感染後徵候群相關科別，其中胸腔科及感染科需為專任，其餘科別得採兼任。整合醫療照護團隊之科別、主責醫師須於申請計畫書中載明。

2、醫事人員：承作醫院需有專/兼任之物理治療師、職能治療師、語言治療師、呼吸治療師、臨床心理師、藥師、營養師、社工師(員)、護理人員，另須具備個案管理人員。

(二)醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第38條至第40條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第1次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

二、參與計畫之醫院，檢附計畫書(如附件3)，填寫並說明實際整合醫療運作流程，詳載主責醫師、整合醫療團隊科別、團隊醫師、各類醫事人員、個案管理人員及轉銜長照服務或社會福利資源之內容，向保險人各分區業務組提出申請，並自保險人各分區業務組核准日為執行本計畫之生效日。參與計畫之醫院若服務內容變動需變更計畫書時，應向保險人各分區業務組核備。

三、參與計畫之醫院須同時具備整合門診及住院整合照護模式。開設整合門診，每週至少1診次，每診次至少3小時，且於門診應診時刻表及明顯處張貼說明。

四、整合醫療照護模式：

(一) 整合門診：指定由主責醫師負責整合醫療，設置與主診間相通或相鄰的診間做會診使用，經主責醫師診斷，視病人醫療需求，立即安排整合醫療團隊各科別醫師至會診診間看診。最後由主責醫師於病歷簡述整合之科別、疾病別、處方藥品、處置、檢查類別及各項評估服務。病人接受當次整合門診醫療服務後，僅需繳交一次掛號費及一次部分負擔。

(二) 住院整合照護：COVID-19染疫康復者因 COVID-19急性感染後徵候群而有住院醫療需求者，經醫院整合醫療團隊評估，提供住院醫療服務，並照會相關科別提供會診，進行各項評估、診療、醫療處置及處方。

五、照護對象

(一) 適用對象：

1、整合門診：嚴重特殊傳染性肺炎確診之病人，解除隔離日起算6個月內，經整合門診主責醫師專業判斷仍有 COVID-19急性感染後徵候群且有整合醫療需求者。

2、住院整合照護：解除隔離日起算3個月內，經整合醫療團

隊專業判斷因 COVID-19 急性感染後徵候群有需住院接受整合照護治療者。住院整合照護須提供住院個案至少每日1次巡診。

(二) 排除條件：

1. 具意識或認知障礙致無法配合治療。
2. 長期呼吸器依賴者。
3. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
4. 經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。
5. 重度心肺功能衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者。
6. 病患經診斷重大傷病，且須頻繁住院治療者。
7. 當次確診解除隔離後曾被其他醫院收案者，或當下已被其他醫院收案者。

六、結案期間及條件

(一) 結案期間

1. 本計畫 COVID-19 染疫康復者整合門診及住院整合照護，照護期間合計以6個月為上限。
2. 經住院整合照護，如整合醫療團隊專業判斷可出院者，應辦理出院準備，得改採整合門診繼續照護或轉介長期照顧接受服務。

(二) 結案條件

1. 個案功能顯著進步，經整合醫療團隊評估，可轉至一般門診者。
2. 經整合醫療團隊評估，已不具治療潛能者。
3. 進入整合醫療照護時間，滿6個月者。
4. 病人自行中斷或拒絕整合醫療者。
5. 病人死亡。
6. 病情轉變，經整合醫療團隊評估，不適合繼續接受本計畫照顧者。

七、評估時程與工具：收案、結案、收案滿1、3、5個月定期評估，共計六種「核心必要評估工具」(附件4)，參與計畫醫療院所須於健保資訊網服務系統(VPN系統)，上傳照護個案及評估結果資料，並登錄相關欄位。

八、COVID-19染疫康復者經整合醫療照護治療，符合長照2.0申請資格且有服務需求者，醫院應提供病人、家庭主要決策者或照顧者長期照顧服務資源之諮詢並協助轉介，管道有二：

(一) 經整合門診發現有長照服務需求者：

1. 醫院應主動提供個案「1966長照服務專線」資訊(手機或市話皆可直撥，前5分鐘免付費)。
2. 填寫「COVID-19染疫康復者門診照護轉銜長照服務申請轉介單」(附件5)，轉介個案至所轄長期照顧管理中心，俾連結後續長照需要評估及服務事宜。

(二) 經住院整合照護評估結案且有長照服務需求者：醫院出院準備團隊應於個案出院3天前完成長照需要評估，並將評估結果上傳至衛生福利部照顧管理資訊平臺，確認地方政府長期照顧管理中心已接案服務。

九、COVID-19染疫康復者於整合醫療照護期間，經醫院社工師(員)評估有社會福利需求，可填列「社會資源轉介/回覆單」(附件6)協助轉介。

捌、費用申報及支付方式

一、醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」辦理。

二、醫療費用申報：

(一) 依本計畫整合門診模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令

清單」案件分類填報「E1」，「整合式照護計畫註記」欄位填報「C」，其餘欄位依照原方式申報。

(二) 依本計畫住院整合模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構住診醫療服務點數及醫令清單」案件分類填報「4」，「試辦計畫欄位」填報「C」，其餘欄位依照原方式申報。

(三) 整合門診照護對象如以會診他科醫師方式提供整合照護時，可申報多筆診察費。(請於各診察費醫令項目之「執行醫事人員代號」欄位填報該醫師身分證字號)

三、本計畫採計之獎勵費用範圍為開辦整合門住診照護獎勵費、個案門診整合獎勵費、整合成效獎勵費、評估獎勵費(初評、複評、結評)、精神科評估獎勵費、個別心理諮商及衛教獎勵費、團體心理諮商及衛教獎勵費、個案管理獎勵費、營養評估獎勵費、轉銜長期照顧獎勵費、社會資源轉介評估獎勵費，前開各項費用支付標準詳如表一、表二及表三。

四、獎勵費用申報與核付：

(一) 本計畫獎勵費用請併同當次門住診就醫醫療費用案件申報，申報本計畫各項獎勵費用(E5102B~E5112B)，醫令類別請填「4：不計價」，點數請填0。

(二) 各醫院申報之各項獎勵費，由衛生福利部中央健康保險署以代收代付方式協助撥付。

表一：開辦整合門住診照護獎勵費、個案門診整合獎勵費、整合成效獎勵費：

編號	項目	支付金額 (新臺幣：元)
	<p>開辦整合門住診照護獎勵費</p> <p>1. 參與本計畫，自生效起日起算半年內未退出計畫之醫院，始給付本項獎勵費。</p> <p>2. 本項獎勵費，將於本計畫執行半年後統一結算，由保險人分區業務組以補付方式撥付。</p>	200,000
E5102B	<p>個案門診整合獎勵費</p> <p>1. 整合醫療團隊各科別醫師提供整合照護，應由主責整合之醫師於個案之就醫當日病歷中，簡述整合之科別、疾病別、處方藥品、處置、檢查類別及各項評估服務等，以備查核。未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。</p> <p>2. 照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人最高支付6次。</p>	1,400
	<p>整合成效獎勵費</p> <p>1. 本項費用依照護理療程完成度、功能進步情形給付：</p> <p>(1) 功能進步情形：如各項核心必要評估，結評分數均較初評分數進步者(結評-初評>0)，每人給付2,000元。</p> <p>(2) 照護療程完成度：結案個案其初評評估、滿1、3、5個月定期評估及結案評估完成率100%者，每人再加給1,000元。</p> <p>2. 本項費用每季結算1次，由保險人分區業務組以補付方式撥付。如參加醫院當年度中途申請退出計畫，已撥付之各季整合成效獎勵費將予以追扣。</p>	

表二：初評、複評、結案評估獎勵費

編號	項目	支付金額(元)
E5103B	<p>初評評估獎勵費</p> <p>1. 本項適用於個案轉銜至本計畫照護醫院後之初次評估，每名個案限申報1次。</p> <p>2. 評估內容包括病患情緒引導及處理，與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查。</p>	1,400
E5104B	<p>複評評估獎勵費</p> <p>1. 個案收案後依計畫評估工具規定，收案後滿1、3、5個月定期複評，定期申報，每人限報最高3次。</p> <p>2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查。</p>	1,400
E5105B	<p>結案評估獎勵費</p> <p>1. 每名個案限申報1次。</p> <p>2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作個案治療成效期末評估報告書存放於病歷備查。</p>	1,400

註：提供表列各項相關服務，請製作相關評估表單或紀錄備查。

表三：精神科評估獎勵費、個別心理諮商及衛教獎勵費、團體心理諮商及衛教獎勵費、個案管理獎勵費、營養評估獎勵費、轉銜長期照顧獎勵費、社會資源轉介評估獎勵費

編號	項目	支付金額(元)
E5106B	精神科評估獎勵費 1. 由精神科醫師進行診斷性會談至少30分鐘。 2. 每名個案限申報1次	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次) 1. 限由團隊內專科醫師或精神科評估醫師開立本項處方，並限由心理師執行。 2. 個別心理諮商應針對個案問題進行評估及衛教，並擬具心理諮商計畫。 3. 每次執行時間50分鐘以上。 4. 每人每月最多可申報1次。 5. 當月申報個別心理諮商及衛教獎勵費者，不得申報團體心理諮商及衛教獎勵費。	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次) 1. 限由團隊內專科醫師或精神科評估醫師開立本項處方，並限由心理師執行。 2. 團體心理諮商應針對個案問題進行評估及衛教，並擬具心理諮商計畫。 3. 團體治療1次最多以15人為限。 4. 每次執行時間40分鐘以上。 5. 每人每月最多可申報1次。 6. 當月申報團體心理諮商及衛教獎勵費者，不得申報個別心理諮商及衛教獎勵費。	250
E5109B	個案管理獎勵費 1. 協助整合門住診掛號、看診、會診或住院及本計畫各項服務之聯繫與安排事宜。 2. 提供病人及家屬個案管理及衛教，協助社會心理重建，包含提供諮詢專線電話。 3. 得以電話或視訊方式聯繫個案，關懷並追蹤評估個案病況。 4. 聯繫個案於定期回診前，約時間至醫院進行定期評估。 5. 收案時申報第一次，之後第二、三次申報須間隔三個月，合計申報上限合計為3次。	1,200
E5110B	營養評估獎勵費 1. 限由團隊內專科醫師開立本項處方，並限由營養師執	300

編號	項目	支付金額(元)
	行。 2. 依個案營養評估情形，提供個人化飲食建議。 3. 每人每月最多可申報1次。	
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費 1. 每名個案限申報1次。 2. 門診個案填列轉銜長照服務申請轉介單(附件5)備查。	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費 1. 每名個案限申報1次。 2. 由社工師(員)評估個案家庭支持功能，依其所需協助轉介適當社會福利資源(例如協助取得福利身分、經濟補助或托育服務等) 3. 請填列轉銜社會資源轉介/回覆單(附件6)備查	500

註：提供表列各項相關服務，請製作相關評估表單或紀錄備查。

玖、 退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法致受停約處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）以第1次處分函日期所載停約或終止特約日起同步終止本項計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項費用不予核付。

壹拾、 計畫管理機制

- 一、 保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。
- 二、 保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，核撥費用，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。

壹拾壹、 訂定與修正程序

本計畫由保險人報請衛生福利部核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件1：COVID-19急性感染後徵候群（Post COVID-19 Condition）

嚴重特殊傳染性肺炎是由新型冠狀病毒(SARS-CoV-2)所導致，其臨床症狀可影響多重器官^[1-6]，包括：心肺血管系統、神經及精神系統、吞嚥胃腸消化系統、泌尿系統、內分泌系統及皮膚等^[5-10]。這些病患的長期症狀可多達50種而造成不同程度的失能^[1]，例如：一、影響心肺血管系統導致血中氧濃度不足^[1]、易喘、胸痛、心悸；二、影響神經系統導致嗅覺喪失^[2]、頭痛^[5]、頭暈^[2]、無力^[2]、腦炎後遺症^[1]、格林—巴利症候群（Guillain-Barre Syndrome）^[2]或腦中風的後遺症^[2]等；三、影響肌肉骨骼系統導致肢體無力、行動困難、關節疼痛^[8]；四、插管後或其他多重因素導致吞嚥困難^[3, 4]；五、影響身心精神系統導致認知功能下降、焦慮、憂鬱、睡眠障礙等^[5, 7]；六、罹患肌痛性腦脊髓炎/慢性疲勞症候群(myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome) 導致長期疲倦、注意力不足、記憶變差、多處疼痛^[9]。在各國針對確診後60天(亞急性期)症狀的追蹤研究中指出^[5]，有30-60%的症狀持續出現^[5]，有約20-30%症狀比疾病早期更明顯^[5]；其中以疲倦(53.1%)^[5]、喘(22.9-43.4%)^[5]、關節痛(27.3%)^[5]、胸痛(21.7%)^[5]、咳嗽(15.4%)^[5]、嗅覺味覺異常(13.1%)等為主要後遺症^[5]。另一追蹤出院四個月後的研究中^[8]，40%有行動困難影響日常生活自理^[8]，31%肢體無力^[8]，20-40%有認知情緒障礙^[8]。由於各方面的身體與心理層面的症狀，容易造成病患跨多科就醫、出現社會功能退縮，對個人、家庭、工作等造成負面的影響。

[1] Wang F, Kream RM, Stefano GB. Long-Term Respiratory and Neurological Sequelae of COVID-19. *Med Sci Monit.* 2020;26:e928996.

[2] Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. *Rev Neurol.* 2020;70:311-322.

[3] Frajkova Z, Tedla M, Tedlova E, Suchankova M, Geneid A. Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review. *Dysphagia.* 2020;35:549-557.

[4] Aoyagi Y, Inamoto Y, Shibata S, et al. Clinical Manifestation, Evaluation, and Rehabilitative Strategy of Dysphagia Associated With COVID-19. *Am J Phys Med Rehabil.* 2021;100:424-431.

[5] Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021;27:601-615.

[6] Shah W, Hillman T, Playford ED, Hishmeh L. Managing the long term effects of covid-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. *BMJ.* 2021;372:n136.

[7] Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, et al. More Than 50 Long-Term Effects of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Sq.* 2021;

[8] Divanoglou A, Samuelsson APK, Sjudahl PER, Andersson C, Levi PR. Rehabilitation needs and mortality associated with the Covid-19 pandemic: a population-based study of all hospitalised and home-healthcare individuals in a Swedish healthcare region. *EClinicalMedicine.* 2021;36:100920.

附件 2

COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫 照護對象同意書

為保障以染疫康復者為中心之全人整合性醫療照顧服務，○○醫院參與「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」，藉由醫院的整合門診、專責照護門診、住院整合照護，提供周全性及跨科別之醫療照顧，促進 COVID-19 染疫康復者病患的健康恢復，早日回歸正常生活，除了節省您寶貴時間，更可提升您就醫品質。

本計畫鼓勵您於同一醫院接受連續性門住診整合醫療，您如欲維持原門診就醫習慣，無法配合於本醫院接受 COVID-19 急性感染後徵候群跨科別整合醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

我同意參加○○醫院門住診整合醫療照護服務，於本人簽署同意書日起至結案日止，配合醫師進行最長6個月的整合醫療照護，如自行中斷或退出，則視為結案，並同意貴院可透過中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療及用藥紀錄。

此致 ○○醫院

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與照護對象之關係：

身分證號：

附件3：

_____醫院(院所代號：_____)

「COVID-19染疫康復者門住診整合醫療計畫」申請書

提報日期：

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位。
- 二、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由上而下，由左而右，標楷體14號字型，橫式書寫。
- 三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
- 四、執行計畫內容：
 - (一) 整合醫療運作：染疫康復者整合門住診掛號、看診、會診或住院及本計畫各項服務(初評、定期複評、結評、精神科評估、心理諮商及衛教及社會資源轉介及轉銜長照服務)標準作業流程
 - (二) 整合醫療團隊資料：整合照護主責科別、主責醫師、團隊科別、團隊醫師、團隊各類別醫事人員及個案管理人員等資料清單。
 - (三) 請敘明整合門診預訂每週開診時段。(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明，如有異動，須通知保險人各分區業務組)。
 - (四) 辦理本計畫除醫師以外之相關醫事人員服務內容、人力及參與方式說明。

附件4：評估工具

核心必要評估工具：（若有相關版權請醫院自行申請）

評量面向	評量工具
基本日常生活功能	Barthel Index 巴氏量表
生活品質	EQ-5D(EuroQol instrument)健康生活品質測量問卷
呼吸狀態	mMRC(Modified Medical Reserch Council)呼吸困難量表
疼痛狀態	NRS(Numerical Raring Acale)疼痛指數量表
心理狀態	BSRS(Brief Symptom Rating Scale)簡式健康量表
營養評估	MNA Short Form(Mini Nutrition Assessment)簡式營養評估量表

附件5

COVID-19 染疫康復者門診照護轉銜長照服務申請轉介單

填單日期：民國 年 月 日
轉介日期：民國 年 月 日

轉出單位	醫療機構名稱： 連絡電話： 診治醫師(簽章)：
個案基本資料及聯絡人資訊	姓名： 身分證字號： 出生日期：民國(□前) 年 月 日 是否為原住民：□否 □是 連絡電話：(市話) (行動) 通訊地址：□□□ 目前居住狀況：□獨居□固定與他人同住□輪流與他人同住□其他 身心障礙證明：□無 □有，第 類 (障礙程度：□極重度 □重度 □中度 □輕度) 社會福利身分：□一般戶 □中低收入戶 □低收入戶 □其他 _____ 目前是否住在住宿式機構：□否 □是，機構名稱 _____ 目前是否有聘請看護：□無 □有 (□本籍 □外籍) 主要照顧者姓名： 與個案關係： 連絡電話：(市話) (行動)
現況摘要	
轉入單位	受理單位： 受理日期：民國 年 月 日 承辦人： 連絡電話：

※ 本表單一式二份，一份醫療機構留存，一份受理轉介服務單位留存。

附件6：社會資源轉介/回覆單

轉介單位：

案號：

地址：

電話：

傳真：

姓名		出生	年 月 日	電話	
住址					
科別		病房號		病歷號	
個案來源				身分證統一編號	
接案日期		受訪者/電話：			
一、家庭狀況：(家庭圖、收支情形、住屋狀況)					
二、病情資料：(入院日期、診斷、處置、預後等)					
三、問題評估：					
四、工作計畫：(處理過程或方向)					
五、轉介目的：(轉介日期、原因)					
轉介人/日期：			單位主管/日期：		
附 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 財稅證明影本 <input type="checkbox"/> 清寒證明影本 <input type="checkbox"/> 診斷證明書影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 重大傷病證明影本 <input type="checkbox"/> 醫療費用明細表 <input type="checkbox"/> 其他					

◎轉介/回覆結果

受轉介日期：年 月 日

<p>受轉介單位：</p> <p><input type="checkbox"/> 無法提供服務，原因：</p> <p><input type="checkbox"/> 提供服務，處理情形：</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 不符合 貴單位協助標準</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 符合 貴單位協助標準，可協助項目：</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 醫療費 <input type="checkbox"/> 生活費 <input type="checkbox"/> 看護費 <input type="checkbox"/> 喪葬費 <input type="checkbox"/> 健保費，金額：_____元</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 安置 <input type="checkbox"/> 其他，說明：</p> <p>其他建議事項：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，說明：</p> <p>接案者： _____ 日期： _____ 電話： _____ 傳真： _____</p>
--