

疾病管制署全國醫療服務卡申請書

申請日期： 年 月 日 新申請 遺失補發 _____

申請人姓名		身分證字號/ 居留證號碼	
聯絡電話		聯絡地址	
中華民國居留國民身分證	正面影本	反面影本	
衛生局審核意見欄	<p>1. 受理日期：_____。</p> <p>2. <input type="checkbox"/>同意核發全國醫療服務卡，追蹤管理系統電腦編號：_____。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>不同意，不符申請條件。</p> <p style="margin-left: 40px;">理由：</p> <p>3. 申請人非本衛生局管理追蹤個案，以公務查詢申請表向疾病管制署_____區管制中心查詢，並由該中心傳真個案疫調單供審查用。</p>		
	承辦人：	複核：	決行：
	電話聯絡申請人日期：	<input type="checkbox"/> 填妥「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」及「管理追蹤調查表」並更新追蹤管理系統，或以密件寄送至管理追蹤之衛生局。	
	核發全國醫療服務卡日期：		
	申請人領卡日期：		

備註：申請人自收件日起6個月內需完成領卡，逾期未領取之服務卡，得由受理之衛生局予以註銷，申請人欲領取服務卡需重新申辦。

領取全國醫療服務卡權利與義務告知書

我在申辦全國醫療服務卡的過程中，衛生局（所）人員會充分向我說明我的權利與義務，而且將定期與我聯繫，關心我的生活狀況及提供相關的衛教指導。

權利：

1. 當我就學、就業、就醫、安養、居住的權益因疾病而受不公平的待遇或歧視時，可先向各地方衛生局(所)或愛滋相關民間團體(如附件四)諮詢或尋求申訴協助；如果對於地方主管機關(縣市政府)處理申訴的結果不服者，可以再向中央主管機關(衛生福利部)提出申訴。【申訴時可以委託機關(構)、團體或第三人提出。】
2. 當我於愛滋病指定醫院因愛滋病或愛滋引起的相關疾病就醫並出示「全國醫療服務卡」，將可以享有中央主管機關部份補助的醫療費用。
3. 主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者的姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。
4. 衛生局（所）人員已告知我愛滋病傳染途徑及從事各種型式性行為（包括陰道交、肛交、口交等）時應使用保險套，及不應共用針具、稀釋液或容器等施打行為，以避免再度感染的風險，特別是感染到抗藥性的病毒株，可能會造成無藥可醫的後果。

義務：

1. 我不應與他人進行危險無套性行為或共用針具、稀釋液或容器等施打行為，以避免觸法。
2. 衛生局（所）人員已向我說明治療費用昂貴，目前國家的愛滋醫療預算已不敷支應，我應確實遵從醫師指示服用藥物，若因服藥造成不適，將儘速與醫師或個案管理師溝通，決不自行停藥，以免造成抗藥性，也不將藥物隨意丟棄造成浪費，確保自己可以持續享有既有的醫療資源。
3. 我了解我依法應配合衛生局（所）個案管理人員進行接觸者的告知工作，追蹤接觸者的目的在找出感染源或未知自己感染的感染者。這對控制愛滋病疫情和我的接觸者是很重要的，接觸者告知方式包括我自己告知、個管人員和我共同告知或由衛生局（所）人員告知等三種方式，衛生局（所）人員於告知接觸者時，會對感染者的資料予以保密。接觸者告知對感染者是一件困難的工作，尤其感染者可能會擔心自己的人身安全，特別是受虐的婦女、弱勢的年輕人，若我另有擔心親密伴侶暴力問題也請跟衛生局（所）人員說明，衛生局（所）人員將一起尋求其他資源的協助，以確保我的人身安全。

以上權利義務之法規：

人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

第四條：感染者之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視，拒絕其就學、就醫、就業、安養、居住或予其他不公平之待遇，相關權益保障辦法，由中央主管機關會商中央各目的事業主管機關訂定之。

中央主管機關對感染者所從事之工作，為避免其傳染於人，得予必要之執業執行規範。非經感染者同意，不得對其錄音、錄影或攝影。

第十二條：感染者有提供其感染源或接觸者之義務；就醫時，應向醫事人員告知其已感染人類免疫缺乏病毒。

主管機關得對感染者及其感染源或接觸者實施調查。但實施調查時不得侵害感染者之人格及隱私。

感染者提供其感染事實後，醫事機構及醫事人員不得拒絕提供服務。

第二十一條：明知自己為感染者，隱瞞而與他人進行危險性行為或有共用針具、稀釋液或容器等之施打行為，致傳染於人者，處五年以上十二年以下有期徒刑。

明知自己為感染者，而供血或以器官、組織、體液或細胞提供移植或他人使用，致傳染於人者，亦同。

前二項之未遂犯罰之。

危險性行為之範圍，由中央主管機關參照世界衛生組織相關規定訂之。

人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法

第十條：補助對象未遵循醫囑用藥或醫療處置，或有浪費醫療資源情形者，主管機關得依其情節輕重為下列處置：

一、直轄市、縣(市)主管機關輔導感染者至特定之指定醫事機構就醫。

二、中央主管機關暫停補助；其暫停期間不中斷確診開始服藥二年期間之計算。

補助對象之資格與第三條規定不符者，直轄市、縣(市)主管機關應廢止、撤銷其補助，並註銷第四條之服務卡。

接受告知者簽名：

法定代理人簽名：

(未滿 12 歲之兒童請由法定代理人簽名)

告知者簽名：

中 華 民 國 年 月 日

※本文件僅為告知性質，不具法律約束，若違反相關法令，仍依該法令之規定辦理。

※侵權協助管道:免付費傳染病諮詢專線—1922、各地方衛生局、愛滋病相關民間團體

管理追蹤調查表

姓名：	追蹤管理電腦編號：
-----	-----------

1. 隱私連絡電話：_____
2. 職業：_____ 公司名稱：_____
3. 教育程度：不識字國小國中高中專科大學碩士博士
4. 特殊身分：原住民學生(在學生:學校名稱:_____ 中輟生)外籍配偶(國籍:_____)
性工作者愛滋寶寶懷孕母親台商(曾經在海外工作半年以上:海外工作地點_____)
5. 婚姻狀態：未婚同居分居離婚鰥寡已婚 結婚年月：_____
6. 性傾向：異性戀同性戀雙性戀
7. HIV 感染危險因子：性行為血友病靜脈毒癮者(不含搖頭族)接受輸血者母子垂直感染
8. 三個月內有無性行為：有(有無, 使用保險套)無
9. 三個月內有無使用成癮性藥物：有:藥物名稱:_____ 無
10. 此次診斷前是否曾做過 HIV 篩檢(不含本次通報 HIV 篩檢):是_____年_____月否
11. HIV 最近一次就醫紀錄:醫療院所名稱_____, 就醫日期_____

以下將請您填寫您的伴侶相關資訊,這是為了讓您的伴侶了解他們有遭受感染的危險,並儘早接受篩檢,這些資訊的提供有助於公共衛生人員進行追蹤管理,對於您自己及您的伴侶均有好處。

12. 伴侶篩檢服務：

12-1. 配偶

配偶姓名	危險行為分類	與您最後一次危險行為接觸的日期	配偶聯絡電話	配偶住址	HIV 檢驗紀錄
	<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具	年 月 日			<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> 無

12-2. 除配偶外接觸者

接觸者姓名	性別	危險行為分類	與您最後一次危險行為接觸的日期	接觸者聯絡電話	接觸者住址	HIV 檢驗紀錄
		<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具	年 月 日			<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具	年 月 日			<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> 無

12-3. 匿名接觸者

暱稱或代號	性別	認識地點	無套行為地點	無套性行為時間	聯絡方式 (email、APP 或手機)
				年 月至 年 月	
				年 月至 年 月	

※若為女性請繼續填寫以下問題

13. HIV 女性感染者懷孕史:懷孕次數_____, 生產次數_____, 人工流產次數_____
 目前懷孕週數_____, 預產期_____, 預防性投藥:是否

疾病管制署全國醫療服務卡領取委託書

委託書	<p style="text-align: center;">_____ (申請人) 因故未能親自領取全國醫療服務卡，特委託_____ (受託人) 持本人無法親自申領之重症證明、身分證件及受託人身分證件，向 貴局領取全國醫療服務卡。</p> <p style="text-align: center;">此致</p> <p style="text-align: center;">_____ 衛生局</p> <p style="text-align: center;">委託人簽名：</p> <p style="text-align: center;">委託日期：民國 年 月 日</p>	
受託人資料	受託人簽名：	申請人與受託人關係：
	受託人身分證字號：	受託人聯絡電話：
	受託人聯絡地址：	
	受託人中華民國國民身分證正面影本	受託人中華民國國民身分證反面影本

疾病管制署全國醫療服務卡領取委託書（機關用）

委 託 書	<p style="text-align: center;">_____（申請人）因故未能親自領取全國醫療服務卡，特委託_____（機關名稱）_____（受委託人職稱）_____（受委託人姓名）持本人無法親自申領之重症證明、身分證件及受託人身分證件，向 貴局領取全國醫療服務卡。</p> <p style="text-align: center;">此致</p> <p style="text-align: center;">_____衛生局</p> <p style="text-align: center;">委託人簽名：</p> <p style="text-align: center;">委託日期：民國 年 月 日</p>	
受 託 機 關 資 料	受託人簽名（正楷）：	受託人聯絡電話：
	受託機關用印	

備註：1. 受託機關限為人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或矯正機關及相關民間團體。

2. 受託人應出示身份證件以供檢覈。

切 結 書

本人 _____ 茲因全國醫療服務卡 遺失 損毀 _____，
故需重新辦理申請補發，如有不實，本人同意歸還已請領之「全國醫療
服務卡」，特此切結為憑。

切結人簽章： _____

身分證字號： _____

聯絡電話： _____

地 址： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日