

115 年度臺中市

弱勢家庭暨獨居老人藥事及全人健康照護計畫

特殊個案審核表

一、藥師姓名：_____

二、個案姓名：_____

出生年月日：____年____月____日

三、執行訪視間隔小於 21 天之特殊原因：_____

填表時間：____年____月____日

填表人簽名：_____

聯絡方式：_____

經審核

同意

不同意

食品藥物安全處審核人員：_____