

病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款之「病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」  
提案申請表

綜合資料	
提案人	單位名稱/姓名： 連絡電話： 電子郵件： 通訊地址：
疾病名稱	
疾病介紹(ICD-10 代碼)及狀態描述	
客觀臨床條件 <sup>註1</sup>	
提案理由及說明	
佐證文獻及相關資料	

提案人簽章：

註 1：以條列式列出所提疾病納入病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款之客觀臨床條件或指引。