

(請填入醫院名稱) 醫院 Tw-DRGs 分類修訂建議表

※聯絡人姓名：_____

※聯絡人職稱：_____

※聯絡人電話：_____ (各項皆為必填欄位)

資料收集期間：_____

DRG 所屬 MDC	第 3.4 版 DRG 編號	DRG 中文名稱	診斷及處置內容	建議修訂條件	理由說明
醫事服務機構				備註：	
負責醫師簽章				1. 本表由保險醫事服務機構填報，不必備文，請彙整全院 Tw-DRGs 分類建議，並於整體評估後，將本表送至中央健康署各分區業務組窗口。	
提供日期： 年 月 日				2. 表格列數若不敷使用，請自行增列。	