(請填入醫院名稱)醫院Tw-DRGs分類修訂建議表

※聯絡人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿(各項皆為必填欄位)

※聯絡人職稱：＿＿＿＿＿＿＿＿(各項皆為必填欄位)

※聯絡人電話：＿＿＿＿＿＿＿＿(各項皆為必填欄位)　　資料收集期間：　年　月　日至　年　月　日

DRG所屬MDC	DRG4.0版編號	DRG中文名稱	建議具體修訂條件（如診斷及處置修訂方式）	理由說明