

附表二

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至

院所)

保險醫事服務機構代號：

原 診 院	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期	身 分 證 號		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日			
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址			
療 醫 院	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		D.藥物過敏史：			
		B.診斷	ICD-10-CM/PCS	病名			
		1.(主診斷)					
		2.					
診 所	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目			
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤			
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他			
		診所住址		傳真號碼：	電子信箱：		
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形	姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 章 簽		
		開 立 日 期	年 月 日	安 排 就 醫 日 期	年 月 日 號		
		建 議 轉 至 院 所	名稱：(必填)	科別：(必填)	醫師：	地址：	
		有效期限：	年 月 日				
接 受 轉 診 醫 院 診 所	治療摘要	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中			
		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中		4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中			
		5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下				6. <input type="checkbox"/> 其他	
		1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱		3. 輔助診斷之檢查結果	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	院所名稱	ICD-10-CM/PCS：		病名：			
		診所名稱		電話或傳真：	電子信箱：		
		姓 名	科 別	醫 師 章 簽	回 覆 日 期	年 月 日	

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存
第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無