

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 醫 院	保險對象基本資料	姓 名		出 生 日 期		身 分 證 號	
				民國(前) 年 月 日			
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址			
療 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.		3.		
醫 院 診 所	C.檢查及治療摘要		1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱		
	日期：		日期：				
	報告：						
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		5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤	
院所住址				傳真號碼：		電子信箱：	
診治醫師		姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章		
開立日期		年	月	日	安排就醫日期	年	月
建議轉至院所		名稱：(必填)		科別：(必填)		醫師：	
		地址：		電話：			
有效期限：		年		月		日	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形		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					
治療摘要		1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱		3. 輔助診斷之檢查結果	
		ICD-10-CM/PCS：					
		病名：					
院所名稱				電話或傳真：		電子信箱：	
診治醫師		姓 名	科 別	醫師簽章	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

本轉診單限使用於乙次，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無。以特約醫院、診所執行本保險之計畫或方案提供定點或巡迴醫療服務，將保險對象轉回同機構繼續接受診治者，得免填復。