

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		出生日期		身分證號		
				民國(前) 年 月 日				
醫 療 摘 要	病 歷	聯絡人		聯絡電話		聯絡地址		
醫 院	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		
醫 所	診所	1.(主診斷)		1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱		
		2.		日期：		日期：		
醫 所	診所	3.		報告：				
		C.檢查及治療摘要						
醫 所	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		
醫 所	診所	3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他				
		院所住址		傳真號碼：		電子信箱：		
醫 所	診所	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 日	科 診 號		
醫 所	診所	建議轉至院所		名稱：(必填)		科別：(必填)		
		地址：		醫師：		電話：		
醫 所	診所	有效期限：		年 月 日				
		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					
醫 所	診所	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	
		院所名稱	ICD-10-CM/PCS：		病名：			
醫 所	診所	診所名稱		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

※本轉診單限使用於二次，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無。
 ※轉診單均須填明，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，得免填復第二聯。