

附件 3-健保高診次者藥事照護計畫  
個案轉介單(醫師轉介給藥師)

轉介機構基本資料	機構名稱：		聯絡電話：		
	機構地址：		傳真號碼：		
	轉介醫師姓名：		E-mail：		
個案基本資料	姓名：	年齡：__歲	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否同意轉介	
	身分證號：	聯絡人：		關係：	
	聯絡電話：	住址：			
個案需藥師專業照護原因	1. <input type="checkbox"/> 年度就診次數異常(≥8次/月)，須瞭解高就診原因，適需要予以輔導 2. <input type="checkbox"/> 有多位醫師在開處方藥給病人，須整合用藥，確認適當性 3. 需評估藥品改變情形，以對病人提供新用藥品的諮詢 3.1 <input type="checkbox"/> 最近一個月才剛出院 3.2 <input type="checkbox"/> 最近三個月用藥有重要改變 4. 有配合度困難問題 4.1 <input type="checkbox"/> 使用特殊用藥器具或療效監測儀器使用 4.2 <input type="checkbox"/> 認知有困難，不識字、語言困難、昏暈、失憶 4.3 <input type="checkbox"/> 肢體有困難，手不方便取藥、視力不好 5. <input type="checkbox"/> 使用安全性狹窄的藥品，需輔導病人對副作用認知及確定用藥之正確性 6. <input type="checkbox"/> 有藥師後續持續追蹤的疑似藥物治療問題 7. <input type="checkbox"/> 其他：描述				
簡述與個案特質有關的疾病、症狀、用藥或希望藥師協助之重點			轉介人員簽章： (請加蓋機構章)		
			轉介日期：__年__月__日		
備註	*本轉介單請 E-mail(pharmacist@hinet.net.tw)或傳真(FAX:02-25991052)至藥師公會全國聯合會，代為轉交健保分區業務組。若經健保分區業務組核可，被指派照護藥師將會與您聯絡，以瞭解個案情形。				
(本欄位由保險分區業務組填寫審查結果回覆藥師全聯會，由藥師全聯會派案或轉知醫師不予列案原因)					
審查單位：_____分區業務組 回覆日期：__年__月__日					
審查結果： <input type="checkbox"/> 核可列案，請進行派案 <input type="checkbox"/> 不予列案，原因說明：_____					
聯絡人：_____，電話：_____，傳真：_____					

~~~~~以下由接受派案的藥師填寫回覆所屬健保分區業務組~~~~~

|                                                                    |         |  |        |      |    |
|--------------------------------------------------------------------|---------|--|--------|------|----|
| 接受派案藥師資料                                                           | 藥師姓名：   |  | 執業藥局資料 | 藥局名稱 |    |
|                                                                    | 聯絡電話：   |  |        | 藥局地址 |    |
|                                                                    | E-mail： |  |        | 藥局電話 | 傳真 |
| 本人依本計畫輔導程序之相關規定，已於__年__月__日接獲照護通知後7日內與轉介醫師聯繫及了解個案情形，並訂於__月__日訪視個案。 |         |  |        |      |    |
| 回覆保險分區業務組及藥師全聯會並副知轉介醫師之日期：__年__月__日                                |         |  |        |      |    |