

附表：緊急傷病患轉診單(轉診至 醫院)
 (轉出醫院名稱： 醫事服務機構代號：)

轉 出 醫 院	病 患 基 本 資 料	姓 名	性 別	出 生	病 歷 號 碼
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
		身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 人	聯 絡 地 址
醫 院 填 列	病 情 摘 要	A.主訴			C.藥物或其他過敏史 <input type="checkbox"/> 無或未知 <input type="checkbox"/> 有：_____
		B.臆斷 (Impression) 1.病名： 2. 3.			D.重要檢查及治療摘要(其餘詳如所附病歷摘要) 1. 2. 3. E.傳染性疾病 <input type="checkbox"/> 無或未知 <input type="checkbox"/> 有：_____
醫 院 填 列	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"/> 高危險妊娠、早產兒與新生兒治療			
醫 院 填 列	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
醫 院 填 列	轉診時間	年	月	日	時 分
		聯繫轉入醫院時間		年	月 日 時 分
醫 院 填 列	建議轉入院所及科別醫師	醫院 科 醫師 電話：		轉入院所地址及專線電話	地址： 電話：
	處理情形(複選)	<input type="checkbox"/> 已予急診處置 <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中 <input type="checkbox"/> 住本院 病房治療中 <input type="checkbox"/> 已安排住本院 ICU治療中 <input type="checkbox"/> 留觀 <input type="checkbox"/> 轉診至 醫院 <input type="checkbox"/> 已轉回原院所，建議事項如下欄			
醫 院 填 列	治療摘要	1. 主診斷 ICD-9Code： 病名：		2. 手術名稱	3. 輔助診斷之檢查結果
	院所名稱			電話或傳真： 電子信箱：	
醫 院 填 列	診治醫師	姓 名	科 別	醫師 簽章	回覆日期 年 月 日

附件：病歷摘要 (依據醫療法第 73 條及醫療法施行細則第 52 條規定辦理)

轉診救護紀錄表

轉診救護紀錄表						
日期	年 月 日		出 勤 單 位			
病患姓名			聯絡 電話	轉出醫院		轉入醫院
出勤通知時間		到達轉出醫院時間		離開轉出醫院時間		送達轉入醫院時間
時 分		時 分		年 月 日 時 分		年 月 日 時 分
病人交接 注意事項	病患身上留置管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣管內管 <input type="checkbox"/> 靜脈注射 其他：			備註欄	財務：	
					其他：	
處置項目 (此欄可複選)						
急救處置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，如下：			心肺復甦術 <input type="checkbox"/> CPR: _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 使用 AED <input type="checkbox"/> 不建議電擊 <input type="checkbox"/> 電擊 _____ 次 藥物處置：		其他處置 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 僅做生命徵象監測 <input type="checkbox"/> ALS 支援
生命徵象	時間	意識狀況	呼吸	脈搏	血壓	格拉斯哥昏迷指數 (葛氏)
	離開轉出醫院前 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___
	到達轉入醫院後 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___
簽 名 欄	轉出醫院人員簽名		救 護 人 員 簽 名		轉 入 醫 院 人 員 簽 名	
	時間： 時 分		一、 (編號：) 二、 (編號：) 三、 (編號：)		時間： 時 分	

備註：本表一式三聯，分由轉出醫院、轉入醫院及救護車設置機關(構)保存。