

附表一

全民健康保險

院(所)轉檢單(轉檢至

院所)

第一聯：接受轉檢醫事服務機構留存
 第二聯：接受轉檢醫事服務機構回復原診療院所

第三聯：原診療醫院、診所留存

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------|------|------------------|------|-------|-------|---|------|---|
| 保險對象基本資料 | 姓名 | | | | 出生日期 | 民國(前) | 年 | 月 | 日 | |
| | 過敏史 | | | | | | | | | |
| | 初步診斷 | | | | | | | | | |
| 原診療院所 | 代號 | | | | 地址 | | | | | |
| | 名稱 | | | | | | | | | |
| | 醫師姓名 | | 醫師簽章 | | 聯絡電話 | | 傳真號碼 | | | |
| | 開單日期 | 民國(前) | 年 | 月 | 日 | 有效期限 | 民國(前) | 年 | 月 | 日 |
| 檢查項目代號 | 檢查項目名稱 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 指定保險對象接受轉檢醫事服務機構名稱 | 地 | | | | 址 | | 聯絡人 | | 聯絡電話 | |
| | | | | | | | | | | |
| 檢查結果：(以下由接受轉檢特約醫事服務機構紀錄) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 檢查日期： | 年 | 月 | 日 | 執行檢查醫事人員簽章：_____ | | | 報告日期： | 年 | 月 | 日 |

※本轉檢單之檢查項目限檢查乙次