

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	
診 所	目的	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：	
所	日期	3.		報告：			
		C.檢查及治療摘要					
所	醫師	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目		傳真號碼：	
		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		電子信箱：	
所	開立日期	3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他			
		姓名		科別		醫師簽章	
所	建議轉至院所	年 月 日		安排就醫日期		年 月 日	
		名稱：(必填)		科別：(必填)		醫師：	
所	診所	地址：		電話：			
		有效期限： 年 月 日					
所	診所	姓名		科別		醫師簽章	
		處理情形				回覆日期	
所	診所	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院				年 月 日	
		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中					
所	診所	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					
所	診所	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					
所	診所	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：					
所	診所	病名：					
		院所名稱				電話或傳真：	
所	診所	電子信箱：					
		姓名		科別		醫師簽章	

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。