

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	醫師	3.		報告：			
		C.檢查及治療摘要					
診 所	診所	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	醫師	3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他			
		姓名		科別		醫師簽章	
所	醫師	開立日期		安排就醫日期		年 月 日	
		年 月 日		年 月 日		科 診 號	
所	醫師	建議轉至院所		名稱：(必填)		醫師：	
		地址：		科別：(必填)		電話：	
所	醫師	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	
所	醫師	治療摘要		1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱	
		ICD-10-CM/PCS：		病名：		3. 輔助診斷之檢查結果	
所	醫師	院所名稱		電話或傳真：		電子信箱：	
		姓名		科別		醫師簽章	
所	醫師	診治醫師		醫師簽章		回覆日期	
		年 月 日		年 月 日		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

※本轉診單限使用於乙次，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。