

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	性 別	出 生 日 期	身 分 證 號	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日		
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址		
療 醫 院	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		D.藥物過敏史：		
		B.診斷	ICD-9-CM	病名		
		1.(主診斷)				
		2.				
診 所	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"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤		
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他		
所	診所醫師	姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章	
		開 單 日 期	年 月 日	安排就醫日期	年 月 日	
		建議轉診院所科別	(必填)醫院	(必填)科	醫師	轉診院所地址及專線電話
		地址：	電話：			
接 受 轉 診 醫 院 診 所	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
		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		
		5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下				
院 所	治療摘要	1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱		
		ICD-9-CM：		3. 輔助診斷之檢查結果		
		病名：				
診 所	診所醫師	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	
		年 月 日				

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所
第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，如無則填無