

附表一

全民健康保險

院(所)轉檢單(轉檢至

院所)

保險對象基本資料	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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)																	
														執行檢查醫事人員簽章：_____			
														檢查日期： 年 月 日	報告日期： 年 月 日		

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

※本轉檢單之檢查項目限檢查乙次