

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 院	病 歷 摘 要	聯絡人	聯絡電話	聯絡地		址	
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-10-CM/PCS		病名	
醫 院	病 歷 摘 要	1.(主診斷)		2.		3.	
		C.檢查及治療摘要		1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱	
醫 院	病 歷 摘 要	日期：		日期：		報告：	
		報告：					
醫 院	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			
醫 院	轉診目的	3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他			
醫 院	院所 住址					傳真號碼：	
						電子信箱：	
醫 院	診所 醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章		
醫 院	診所 開立日期	年 月 日		安排就醫日期		年 月 日	
醫 院	建議轉至院所	名稱：(必填)		科別：(必填)		醫師：	
		地址：		電話：			
醫 院	有效期限	年 月 日					
醫 院	接受轉診情形	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					
醫 院	接受轉診情形	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					
醫 院	接受轉診情形	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					
醫 院	治療摘要	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：					
醫 院	治療摘要	病名：					
醫 院	院所 名稱					電話或傳真：	
						電子信箱：	
醫 院	診所 醫師	姓	科	醫師	回覆	年 月 日	
		名	別	簽章	日期		

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。
 ※轉診單位均須填，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。