

全民健康保險居家醫療照護整合計畫轉介單

(轉介單位填寫)

您好，全民健康保險於 105 年起推動居家醫療照護整合計畫，目的在於強化因失能、疾病外出就醫不便患者之醫療照護，透過醫事人員親自到您家裡提供妥適的醫療照護，包括一般西醫門診診療、藥品處方箋用藥、居家護理、居家呼吸照護、居家安寧、個案健康管理、電話諮詢服務，使您得到更方便且完善的醫療照護。因此，如果您願意接受轉介進行收案評估及本計畫提供之服務，或是有其他(長期照顧服務、健保關懷服務)之需求，請於以下簽章並提供相關資料。

個案/法定代理人同意簽章：_____

個案資料	姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生年月日：_____年____月____日
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 電話：_____
轉介單位(案源)	住址：_____縣市_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)____段____巷____弄____號
	聯絡人：_____ 電話：_____
轉介原因	<input type="checkbox"/> 1 醫療院所：_____ 醫事機構
	<input type="checkbox"/> 2 衛生所：_____ 衛生所
	<input type="checkbox"/> 3 長期照顧管理中心：_____ 縣/市
	<input type="checkbox"/> 4 村里長：_____ 村/里
	<input type="checkbox"/> 5 其他：_____
轉介原因	● 居家醫療服務收案之必要條件有 2： 1. 有明確醫療需求 2. 外出就醫不便-原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____
	● 個案病情或生活狀況摘要：
建議轉介單位	<input type="checkbox"/> 居家醫療服務需求 <input type="checkbox"/> 建議轉介院所名稱：_____ 電話：_____
	<input type="checkbox"/> 長期照顧服務需求 參與本計畫醫事機構資訊查詢網址：本署全球資訊網/醫事機構/網路申辦及查詢/居家相關醫療服務/居家醫療服務特約醫事機構查詢
	<input type="checkbox"/> 健保關懷服務需求 中央健康保險署北區業務組：(03)433-9111

轉介日期：_____ 聯絡電話：_____ 傳真：_____

轉介人員簽章：_____

(計畫收案醫療院所回覆)

處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予收案。
	2. <input type="checkbox"/> 已安排再轉他院所收案(_____醫事服務機構)
	3. <input type="checkbox"/> 不符收案條件，不予收案。
	4. <input type="checkbox"/> 個案拒絕。
	5. <input type="checkbox"/> 其他：
院所名稱：_____ 電話：_____	
收案日期：_____ 收案人員簽章：_____	

※請收案機構填寫處理情形，並回報原轉介單位。
※村里鄰長轉介潛在居家醫療需求個案請填寫轉介單後以電子郵件或傳真方式提供本署北區業務組窗口程小姐(電話:03-4339111 分機 3308; 電子郵件:C110647@nhi.gov.tw; 傳真:03-4381821)

本轉介單由轉介單位留存並請傳真/主動聯繫收案單位(醫療機構/長照管理中心/健保署北區業務組)。