

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至臺北榮民總醫院)

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				
		聯絡人	聯絡電話	聯絡地		址		
療 歷 醫 要	病 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		
		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		
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	院 址					傳真號碼：		
						電子信箱：		
		姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章			
		開立日期	年 月 日	安排就醫日期	年 月 日	科 診	號	
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						
醫 院 診 所	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：						
		病名：						
診 所	院 所 名 稱					電話或傳真：		
						電子信箱：		
		姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	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，凡屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無。轉診對象轉回同機構繼續接受診治者，得免填復。轉診對象轉回同機構繼續接受診治者，得免填復。