全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享案件回覆單

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保險對象基本資料 | 姓名《必填》 | | 身分證字號/居留證字號《必填》 | | | | | | | | | | | | 本院(臺北榮總)病歷號《必填》 | |
|  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |
| 申請特殊造影  檢查名稱 | | 🞎 CT Scan(部位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)檢查日期： 年 月 日  🞎 MR Scan(部位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  《勾選並填寫部位及檢查日期》 | | | | | | | | | | | | | | |
| 原檢查醫院名稱及代號 | | 醫院名稱； 《必填》  醫院代號： | | | | | | | | | | 原檢查醫院病歷號碼 | | | |  |
| 第二次處方醫院 | | 診治醫師姓名：  《必填》 | | | | | | | 醫院名稱；臺北榮民總醫院  醫院代號：0601160016  醫院地址：11217臺北市北投區石牌路二段201號 | | | | | | | |
| 資源共享回覆欄 | | 回覆日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年(西元)\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 🞎目前安排病人於\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_科門診與後續治療。 2. 🞎安排病人住院接受\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_治療。 3. 🞎已轉診至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫院。 4. 🞎轉回原院所\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫院。 5. 🞎本院重做檢查，結果報告如附件。 6. 🞎其它：   回覆醫師簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (診治醫師) | | | | | | | | | | | | | | |
| 備註 | | 聯絡單位：臺北榮總放射線部行政室  聯絡電話：(02)2875-7350  傳真電話：(02)2876-9310 | | | | | | | | | | | | | | |