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 |