

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	<input type="checkbox"/> CT Scan(部位：_____)檢查日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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》					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. <input type="checkbox"/> 目前安排病人於 _____ 科門診與後續治療。 2. <input type="checkbox"/> 安排病人住院接受 _____ 治療。 3. <input type="checkbox"/> 已轉診至 _____ 醫院。 4. <input type="checkbox"/> 轉回原院所 _____ 醫院。 5. <input type="checkbox"/> 本院重做檢查，結果報告如附件。 6. <input type="checkbox"/> 其它：									
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									
	回覆醫師簽章： _____ (診治醫師)									