

附表二

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至臺北榮民總醫院所)

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 摘 要	病	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.					
醫 院	摘要	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	
		1.日期： 報告：				日期：	
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			
所 址	院所住址					傳真號碼：	
						電子信箱：	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	診治醫師	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
		建議轉至院所	名稱：(必填) 臺北榮民總醫院 科別：(必填)		醫師：		
有效期限：		年 月 日		地址：11217臺北市北投區石牌路二段201號		電話：02-2871-2121	
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					
療 摘 要	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：					
院 所 名 稱	院所名稱					電話或傳真：	
						電子信箱：	
診 治 醫 師	診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年 月 日	
		名	別	章	期		

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

※本轉診單限使用乙次，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無。
 ※轉診單位均須填，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無。
 ※以特約醫事服務機構為限，診所執行本保險之計畫或方案提供定點或巡迴醫療服務，將保險對象轉回同機構繼續接受診治者，得免填復。