

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			
醫 院	療 歷	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 所	摘 要	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					
		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					
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他					
診 所	院 所 住 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	建 議 轉 至 院 所	名稱：(必填)		科別：(必填)		醫師：			
		地址：		電話：					
		有效期限： 年 月 日							
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							
接 受 轉 診 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：							
接 受 轉 診 醫 院 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			
		診治醫師							

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所
第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

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
 ※以上均屬必填，非屬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
 ※特約醫院、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
 填復第二聯。