

附表二

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至臺北榮民總醫院)

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	病 歷 摘 要	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.							
所 診	醫 生	C.檢查及治療摘要		1.最近一次用藥或手術名稱					
		1.最近一次檢查結果		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					
所 診	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			
診 所	建 議 轉 至 院 所	名稱：臺北榮民總醫院 科別：				醫師：			
		地址：臺北市北投區石牌路二段 201 號				電話：28757438 轉 210、227			
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處 理 情 形	有效期限： 年 月 日							
		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							
醫 院 診 所	治 療 摘 要	4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中		5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下		6. <input type="checkbox"/> 其他			
		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：					
		院 所 名 稱		電 話 或 傳 真：		電 子 信 箱：			
診 所	診 治 醫 生	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日			

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，均屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無。
 ※以上約第二聯。轉診醫院、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。