

附表二

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至

院所)

保險醫事服務機構代號：

原 診 療 醫 院	保險對象基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期	身 分 證 號	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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.				
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	診所 住址					傳真號碼： 電子信箱：
		姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 章 簽	
		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)	科別：(必填)	醫師：	地址：
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				
醫 院 診 所	治療摘要	1. 主診斷 ICD-10-CM/PCS：				
		2. 治療藥物或手術名稱				
		3. 輔助診斷之檢查結果				
		病名：				
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

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

※以上欄位均屬必填，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無