

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 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		
療 歷 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	C.檢查及治療摘要		2.最近一次用藥或手術名稱		
		1.最近一次檢查結果		日期：	日期：	
		報告：				
		3.				
所	診所住址	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		
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形	傳真號碼：		電子信箱：		
		姓名		科別	醫師簽章	
		開立日期		聯絡電話	醫師	年 月 日
		年 月 日		安排就醫日期	科 診	日 號
醫 院 診 所	治療摘要	建議轉至院所		醫師：		
		名稱：(必填)		科別：(必填)		
		地址：		電話：		
醫 院 診 所	院所名稱	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	診所醫師	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				
醫 院 診 所	診所醫師	1. 主診斷		2. 治療藥物或手術名稱		
		ICD-10-CM/PCS：		3. 輔助診斷之檢查結果		
		病名：				
醫 院 診 所	診所醫師	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

※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