

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	保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期			病歷號碼					
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前)	年	月	日					
		身分證號	聯絡電話	聯絡人			聯絡地址					
診	治	醫	要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)			D.藥物過敏史：					
				B.診斷		ICD-9Code	病名					
				1.(主診斷)			2.			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：			日期：						
			報告：									
院	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"/> 其他								
				3. <input type="checkbox"/> 門診治療								
所	診	院	址	傳真號碼：			電子信箱：					
				醫師簽章								
				姓名	科別	聯絡電話	轉診日期			有效期限		
				年 月 日			年 月 日止					
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				
								5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下欄				
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-9Code：		病名：										
院所名稱		臺中榮民總醫院		電話或傳真：		(04) 23741374						
電子信箱：				醫師簽章		回覆日期						
診治醫師		姓名		科別		年 月 日						

第一聯：接受轉診醫院、診所留存(藍色)

※本轉診單限使用乙次

保險醫事服務機構代號：

原	保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期			病歷號碼				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日							
		身分證號	聯絡電話	聯絡人			聯絡地址				
診	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-9Code		病名					
		1.(主診斷)		2.		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：		日期：			
院	轉診目的	4. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目							
		5. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 其他							
		6. <input type="checkbox"/> 門診治療									
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						
		轉診日期	年 月 日	有效期限	年 月 日止						
所	建議轉診院所及醫師	臺中榮民總醫院				科 醫師		轉診院所地址及專線電話		地址：台中市港路三段160號 電話：04-23741374	
		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				5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下欄					
		治療摘要		1. 主診斷 ICD-9Code：		2. 治療藥物或手術名稱		3. 輔助診斷之檢查結果			
院	診所名稱	臺中榮民總醫院				電話或傳真：		(04) 23741374			
						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：接受轉診醫院、診所回覆轉出醫院、診所(紅色)

※本轉診單限使用乙次

保險醫事服務機構代號：

第三聯：轉出醫院、診所留存(白色)

原	保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期			病歷號碼		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日					
		身分證號	聯絡電話	聯絡人			聯絡地址		
診	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-9Code		病名			
		1.(主診斷)							
		2.							
醫	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					
		日期：		日期：					
		報告：							
院	轉診目的	7. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目					
		8. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 其他					
		9. <input type="checkbox"/> 門診治療							
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				
		轉診日期		年 月 日	有效期限	年 月 日止			
所	建議轉診院所及醫師	臺中榮民總醫院 科 醫師				轉診院所地址及專線電話		地址：台中市港路三段160號 電話：04-23741374	
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			
		5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下欄							
		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	
診所	名稱	臺中榮民總醫院				電話或傳真：		(04) 23741374	
						電子信箱：			
		診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年 月 日		

※本轉診單限使用乙次