

附表二修正

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 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		病名		
		1.(主診斷)		ICD-10-CM/PCS		
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	院所住址	傳真號碼：		電子信箱：		
	診治醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章	
	開單日期	年 月 日	安排就醫日期	年 月 日	科 診 號	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	建議轉診院所科別	(必填)醫院	(必填)科	醫師	轉診院所地址及專線電話	
	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		
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	
院所名稱	ICD-10-CM/PCS：		病名：			
診 治 醫 師	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

※104年12月31日前填入ICD-9-CM碼 ※本轉診單限使用乙次 ※以上欄位均屬必填，如無則填無