

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 所	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				
	病 歷	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. 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：						
	轉診目的	1. ☐ 急診治療 4. ☐ 進一步檢查，檢查項目 2. ☐ 住院治療 5. ☐ 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 3. ☐ 門診治療 6. ☐ 其他						
	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： 電話：							
有效期限： 年 月 日								
接 受 轉 診 醫 院 所	處理情形	1. ☐ 已予急診處置並轉診至 醫院 2. ☐ 已予急診處置，並住本院 病房治療中 3. ☐ 已安排住本院 病房治療中 4. ☐ 已安排本院 科門診治療中 5. ☐ 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下 6. ☐ 其他						
	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：						
	院所名稱					電話或傳真： 電子信箱：		
	診治醫師	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。
※特約醫院、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，得免填復第二聯。