

行政院衛生署中央健康保險局
全民健康保險 院(所)轉診單(轉回)

保險醫事服務機構代號：

接 受 轉 診 醫 院 診 所	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
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.				
轉 診 結 果	C.檢查及治療摘要		E.建議事項		
	1.最後一次檢查結果	2.最近一次用藥或手術名稱			
	日期：	日期：			
	報告：				
原 診 治 醫 院 診 所	1. <input type="checkbox"/> 痊癒 2. 死亡				
	3. <input type="checkbox"/> 穩定可出院 4. <input type="checkbox"/> 其他				
	5. <input type="checkbox"/> 須轉院 原因： <input type="checkbox"/> 病情惡化 <input type="checkbox"/> 須特殊檢查 <input type="checkbox"/> 須專科治療 <input type="checkbox"/> 病人或家屬要求				
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	
轉 出 日 期	年 月 日		有效期限	年 月 日止	
原 診 治 醫 院 診 所	院所名稱		電話： 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

第一聯：轉回原轉診醫院、診所留存(黃色)

※本轉診單限使用乙次

行政院衛生署中央健康保險局
全民健康保險 院(所)轉診單(轉回)

保險醫事服務機構代號：

接 受 轉 診 醫 院 診 所	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
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.				
轉 診 結 果	C.檢查及治療摘要		E.建議事項		
	1.最後一次檢查結果	2.最近一次用藥或手術名稱			
	日期：	日期：			
	報告：				
原 診 治 醫 院 診 所	1. <input type="checkbox"/> 痊癒 2. 死亡				
	3. <input type="checkbox"/> 穩定可出院 4. <input type="checkbox"/> 其他				
	5. <input type="checkbox"/> 須轉院 原因： <input type="checkbox"/> 病情惡化 <input type="checkbox"/> 須特殊檢查 <input type="checkbox"/> 須專科治療 <input type="checkbox"/> 病人或家屬要求				
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	
轉 出 日 期	年 月 日		有效期限	年 月 日止	
原 診 治 醫 院 診 所	院所名稱		電話： 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：原診治醫院、診所回覆接受轉診醫院、診所(綠色)

※本轉診單限使用乙次

行政院衛生署中央健康保險局
全民健康保險 院(所)轉診單(轉回)

保險醫事服務機構代號：

接 受 轉 診 醫 院 診 所	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	
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.					
轉 診 結 果	C.檢查及治療摘要		E.建議事項			
	1.最後一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱			
	日期：		日期：			
	報告：					
原 診 治 醫 院 診 所	轉診結果					
	1. <input type="checkbox"/> 痊癒 2. 死亡 3. <input type="checkbox"/> 穩定可出院 4. <input type="checkbox"/> 其他 5. <input type="checkbox"/> 須轉院 原因： <input type="checkbox"/> 病情惡化 <input type="checkbox"/> 須特殊檢查 <input type="checkbox"/> 須專科治療 <input type="checkbox"/> 病人或家屬要求					
	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		
轉出日期	年 月 日	有效期限	年 月 日止			
原 診 治 醫 院 診 所	院所名稱		電話： 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	

第三聯：接受轉診醫院、診所留存(米色)

※本轉診單限使用乙次(版本日期：970630)