

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至臺中榮民總醫院院所)

保險醫事服務機構代號：

|                                      |                  |   |   |  |                       |
|--------------------------------------|------------------|---|---|--|-----------------------|
| 原<br>診                               | 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<br>歷<br>醫<br>院<br>要                | 病<br>歷<br>摘<br>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<br>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 |                       |
| 所                                    | 診所醫師             | 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                 |
| 院<br>診<br>所                          | 治療摘要             | 1. 主診斷  |   | 2. 治療藥物或手術名稱                               |                       |
|                                      |                  | ICD-10-CM/PCS 病名：                             |   | 3. 輔助診斷之檢查結果                               |                       |
| 接<br>受<br>轉<br>診<br>醫<br>院<br>診<br>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 |   |  |                       |
| 院<br>診<br>所                          | 診所名稱             | 臺中榮民總醫院                                       |   | 電話或傳真：                                     | 04-23592525#2531、2515 |
|                                      |                  |   |   | 電子信箱：                                      |                       |
| 院<br>診<br>所                          | 診所醫師             | 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(紅色)

※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

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至臺中榮民總醫院院所)

保險醫事服務機構代號：

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、

|                                      |                  |   |   |  |                       |
|--------------------------------------|------------------|---|---|--|-----------------------|
| 原<br>診                               | 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<br>歷<br>醫<br>院<br>要                | 病<br>歷<br>摘<br>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.   |                       |
|                                      |                  | 3.  |   | 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：   |   |  |                       |
| 診<br>所                               | 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"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 |                       |
| 所                                    | 院所住址             |   |   | 傳真號碼：                                      |                       |
|                                      |                  |   |   | 電子信箱：                                      |                       |
| 診<br>治<br>醫<br>師                     | 姓名               | 科別  | 聯絡電話  | 醫師簽章                                       |                       |
|                                      |                  |   |   |  |                       |
| 院<br>診<br>所                          | 開立日期             | 年 月 日   |   | 安排就醫日期                                     | 年 月 日                 |
|                                      |                  |   |   | 科 診  | 號                     |
| 接<br>受<br>轉<br>診<br>醫<br>院<br>診<br>所 | 建議轉至院所           | 臺中榮民總醫院 科                                       |   | 醫師   |                       |
|                                      |                  | 地址：臺中市西屯區臺灣大道四段1650號                            |   | 電話：04-23592525#2531、2515                   |                       |
| 有效期限：                                |                  | 年 月 日   |   |  |                       |
| 接<br>受<br>轉<br>診<br>醫<br>院<br>診<br>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 |   |  |                       |
|                                      |                  | 6. <input type="checkbox"/> 其他                  |   |  |                       |
| 院<br>診<br>所                          | 治療摘要             | 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：   |   |  |                       |
| 診<br>治<br>醫<br>師                     | 院所名稱             | 臺中榮民總醫院   |   | 電話或傳真：                                     | 04-23592525#2531、2515 |
|                                      |                  |   |   | 電子信箱：                                      |                       |
| 診<br>治<br>醫<br>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 ※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

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至臺中榮民總醫院院所)

保險醫事服務機構代號：

第三聯：原診療醫院、診所留存(白色)

|                                      |   |  |   |                  |                |                       |
|--------------------------------------|---|--|---|------------------|----------------|-----------------------|
| 原<br>診<br>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<br>歷<br>醫<br>院                     | 摘<br>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)<br>2.<br>3.<br>C.檢查及治療摘要<br>1.最近一次檢查結果<br>日期：<br>報告： | 2.最近一次用藥或手術名稱<br>日期：                                  |                  |                |                       |
| 診<br>目<br>的                          | 7. <input type="checkbox"/> 急診治療 4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目<br>8. <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<br>9. <input type="checkbox"/> 門診治療 6. <input type="checkbox"/> 其他 |  |   |                  |                |                       |
| 所<br>址                               | 院所<br>住址  |  |   | 傳真號碼：            | 電子信箱：          |                       |
| 診<br>治<br>醫<br>師                     | 姓名  | 科別   | 聯絡<br>電話  | 醫師<br>簽章         |                |                       |
| 開<br>立<br>日<br>期                     | 年   | 月  | 日   | 安排就醫日期           | 年 月 日<br>科 診 號 |                       |
| 建<br>議<br>轉<br>至<br>院<br>所           | 臺中榮民總醫院 科   |  | 醫師<br>地址：臺中市西屯區臺灣大道四段1650號 電話：04-23592525#2531、2515   |                  |                |                       |
| 有<br>效<br>期<br>限                     | 年 月 日   |  |   |                  |                |                       |
| 接<br>受<br>轉<br>診<br>醫<br>院<br>診<br>所 | 處<br>理<br>情<br>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                     |   |                  |                |                       |
| 治<br>療<br>摘<br>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-10-CM/PCS：<br>病名：   |  |   |                  |                |                       |
|                                      | 院<br>所<br>名<br>稱  | 臺中榮民總醫院  |   |                  | 電話或傳真：         | 04-23592525#2531、2515 |
| 診<br>治<br>醫<br>師                     | 姓<br>名  | 科<br>別   | 醫師<br>簽章  | 回<br>覆<br>日<br>期 | 年 月 日          |                       |

※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