

國立成功大學醫學院附設醫院

敏感等級 版本：V2

轉診單

M000-4-01-009

原轉診醫療院所

請蓋健保章
(含機構代碼)

原	病人基本資料	姓名		電話	
		身分證號		出生日期	年 月 日
		聯絡地址			
診	建議轉診科別(請務必填寫)			開單日期	年 月 日
	轉診目的	<input type="checkbox"/> 門診治療 <input type="checkbox"/> 急診治療 <input type="checkbox"/> 住院治療 <input type="checkbox"/> 轉回或轉出其他院所繼續追蹤 <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目：_____			
	轉診原因	<input type="checkbox"/> 需本院專科醫師診治 <input type="checkbox"/> 無檢驗(查)之儀器設備 <input type="checkbox"/> 無合適床位 <input type="checkbox"/> 病人或家屬要求 <input type="checkbox"/> 病人就近照護 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____			
	診斷	病名：_____ ICD-10-CM/PCS：_____			
院	病歷摘要	病情摘要(主訴及簡短病史) 檢查及治療摘要(最近一次檢查結果、用藥或手術名稱) 藥物過敏史：_____			
	院所名稱			電話	
所	地址			E-mail	
	安排就醫日期	年 月 日	醫師簽章(科別)		
接	處置情形	<input type="checkbox"/> 已安排門診檢查或治療 <input type="checkbox"/> 已安排住院治療 <input type="checkbox"/> 已急診治療 <input type="checkbox"/> 已予急診處置並住院治療 <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉至他院 <input type="checkbox"/> OHCA <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____			
	治療摘要	診斷(ICD-10-CM/PCS) 治療藥物或手術名稱 輔助診斷之檢查結果			
	院所名稱	國立成功大學醫學院附設醫院 0421040011			
醫	聯絡電話	06-2353535#6174、3333、4084、4085、5988		傳 真	06-2098390
	醫師簽章		科別	回覆日期	年 月 日

第一聯：成大醫院回覆聯(藍色)

第二聯：成大醫院留存聯(桃色)

第三聯：原診治院所留存聯(白色)

- 1.依醫療法施行細則第 51、52 條規定，成大醫院必需提供轉診病人就醫紀錄給原診治醫療院所。
- 2.成大醫院會將初步處置情形或出院病摺送至原診治醫院或診所，院所基於符合醫療法、個人資料保護法規定，可利用「轉診院所專用系統」(網址：<http://report.hosp.ncku.edu.tw/referreport>)，查詢病人之檢驗檢查報告，亦可執行預約掛號作業，歡迎多加利用。
- 3.本轉診單可優待門診部分負擔，限使用乙次，且有限期限為 90 日。
- 4.請多加利用預約掛號(電話、網路預約)，語音預約專線 06-2766111；人工預約專線 06-2353333。MR00-56A 2018.05