

牙醫醫療院所轉診單

開單日期：

原診療 醫療院所	院所名稱：		電話：		醫師 簽章	
	醫事機構代碼：		傳真： ☐ 無			
	院所地址：					
保險對象 基本資料	姓名：		性別： ☐ 男 ☐ 女			
	身分證字號：		出生日期：民國（前） 年 月 日			
	聯絡電話：		聯絡人：		關係： ☐ 無	
	聯絡地址：					
轉診科別 項目	☐ 1.牙髓病科 ☐ 2.口腔顎面外科/口腔診斷/口腔病理/顫顎關節障礙 ☐ 3.牙周病科 ☐ 4.牙體復形科 ☐ 5.兒童牙科 ☐ 6.身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所					
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-10-CM/PCS 病名 C.檢查及治療摘要					
	轉診目的：					
建議轉診 院所	院所名稱：			電話：		
	科別：	醫師：		傳真：		☐ 無
	地址：					
轉診單有效期限：						
接受轉診 醫療院所	治療摘要與建議：					
	治療日期： 年 月 日 至 年 月 日					
	處理結果：					
	☐ a.轉回原轉診單位繼續雙向追蹤診察、治療 ☐ b.繼續門診追蹤治療待完成治療後再轉回原轉診單位 ☐ c.其他					
	院所名稱：		科別：		醫師 簽章	
	醫師：		電話：			
	回覆日期：		傳真：			

備註：1.轉診單開立三個月內至受轉診加成醫療院所就診方能申報轉診加成。
 2.本轉診單限使用一次。
 3.以上欄位均屬必填。
 4.此轉診單正本交付病人，另外原診療醫療院所及接受轉診醫療院所需影印留存。
 5.接受轉診(轉入)醫療院所需回覆原診療醫療院所。