**東元醫療社團法人東元綜合醫院轉診單( 院所轉入)**

保險醫事服務機構代號：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原  診  療  醫  院  診  所 | 轉診  個案  基  本  資  料 | 姓 名 | | | 性 別 | | | | | 出 生 日 期 | | | | | | | | | | | 身 分 證 號  一式三聯 第一聯：接受轉診醫療院所留存（藍色） 第二聯：接受轉診醫療院所回覆轉出醫療院所（紅色） 第三聯：轉出醫療院所留存（白色） |
|  | | | 男 女 | | | | | 民國(前) 年 月 日 | | | | | | | | | | |  |
| 聯 絡 人 | | | 聯 絡 電 話 | | | | | 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-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 單  日 期 | | 年 月 日 | | | | | | | | 安排就醫日期 | | | | | 年 月 日  科 診 號 | | | | | |
| 建議轉診院所科別 | | 東元綜合醫院 科 醫師 | | | | | | | | | | | | | 轉診院所地址及專線電話 | | | | | 地址：新竹縣竹北市縣政二路69號  電話：（03）5527000轉1136 |
| 接  受  轉  診  醫  院  診  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療  摘要 | | 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：  病名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 院所  名稱 | | 東元綜合醫院 1533050039 | | | | | | | | | | | | 病歷號： | | | | |  | |
| 診治  醫師 | | 姓  名 |  | | | | 科  別 |  | | | 醫師  簽章 | |  | | | 回覆  日期 | 年 月 日 | | | |
| 注意事項 | ※轉診櫃檯03-5527000轉1136 傳真電話03-6565081；急診轉診03-5527000轉1121 傳真電話03-5535119  ※請病人攜帶本單及身份證、健保IC卡，於掛號時間內至轉診服務檯報到，就診時請出示本單供醫師參考  ※急診病人請直接至本院急診室  ※欲轉診住院者需由門診或急診醫師診斷後安排  ※本院網路掛號：http：//www.tyh.com.tw/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※東元綜合醫院 P140N50600 **※本轉診單限使用乙次 ※藍字為健保局規定必填項目**