

轉診單(轉至成大醫院專用)

醫事服務機構代號：

病人基本資料	姓 名		出 生 日 期		身 分 證 號	
			民 國 年 月 日			
	聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址			
原 診 斷	病名： ICD-10-CM/PCS：					
	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：					
醫 院 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：_____					
	<input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____					
醫 院 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 所	院所名稱 (必填)				電話：	
	院所住址				電子信箱：	
	診治醫師姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章		
所	開 立 日 期 (必填)		安 排 就 醫 日 期		年 月 日 科 診 號	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	建議轉至院所 名稱：國立成功大學醫學院附設醫院				科別：(必填) 醫師：	
	地址：台南市北區勝利路138號				電話：06-2353535	
有效期限： 年 月 日 (開立後90天內有效)						
接 受 轉 診 醫 院 診 所	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_____					
	診 斷(ICD-10-CM/PCS)					
	治 療 摘 要 治療藥物或手術名稱 輔助診斷之檢查結果					
所	院所名稱 國立成功大學醫學院附設醫院 0421040011					
	聯絡電話 06-2353535#6174、3333、4084、4085、5988			傳 真 06-2098390		
	醫師簽章姓名	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.本表單於轉至成大醫院使用。
- 2.請善用「轉診院所專用系統」(網址：<http://report.hosp.ncku.edu.tw/referreport>)，查詢病人之檢驗(查)報告，亦可執行預約掛號作業。
- 3.本轉診單如符合健保轉診規定可優待門診部分負擔，限使用乙次，且有效期限為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。