

長庚醫療財團法人

規章編號

L03105

轉診作業準則

制定部門：行政中心

原訂日期：1987年11月25日

新訂日期：2022年04月11日

本著作非經著作權人同意，不得轉載、翻印或轉售。

著作權人：長庚醫療財團法人

目 錄

第一章 總則.....	1 - 1
1.1 政策與目的.....	1 - 1
1.2 適用範圍.....	1 - 1
第二章 受理院外轉診病人.....	2 - 1
2.1 收治門、急診轉診病人之作業.....	2 - 1
2.2 收治轉診住院病人之作業.....	2 - 2
2.3 「轉診單」之處理及回覆.....	2 - 2
2.4 轉診回覆診療病歷摘要及通知原轉入院所時效要求.....	2 - 3
第三章 轉診病人至其他醫療院所.....	3 - 1
第一節 轉診合約醫院之評估與合約.....	3 - 1
3.1.1 轉診合約醫院之基本條件.....	3 - 1
3.1.2 轉診合約簽約程序.....	3 - 1
3.1.3 合約之內容範圍.....	3 - 1
3.1.4 合約期限與續約.....	3 - 1
第二節 轉診病人之評估.....	3 - 2
3.2.1 轉診病人之條件.....	3 - 2
3.2.2 轉診病人之評估.....	3 - 2
第三節 病人出院轉診作業.....	3 - 3
3.3.1 急診出院及轉診輔導.....	3 - 3
3.3.2 住院病人出院轉診輔導.....	3 - 3
3.3.3 轉診機構之選擇順序.....	3 - 3
3.3.4 出院事務作業.....	3 - 3
第四節 轉診至其他醫療院所門診.....	3 - 3
3.4.1 轉診病人至其他醫療院所門診作業.....	3 - 4
3.4.2 轉診至其他醫療院所轉診回覆之處理.....	3 - 4
第四章 合約轉檢業務.....	4 - 1
4.1 訂定合約.....	4 - 1
4.2 轉檢(驗)作業流程.....	4 - 1
第五章 附則.....	5 - 1
5.1 轉診業務稽核.....	5 - 1
5.2 本院與轉診機構之連繫作業.....	5 - 1
5.3 本院醫師與轉診機構之連繫.....	5 - 1
5.4 轉診後之追蹤.....	5 - 1
5.5 實施與修改.....	5 - 1
附件一 全民健康保險院(所)轉診單.....	B - 1
附件二 緊急傷病患轉診單.....	B - 2
附件三 全民健康保險院(所)轉診單.....	B - 4
附件四 緊急傷病患轉診單.....	B - 7

第一章 總則

1.1 政策與目的

(1) 政策

- A. 醫師經評估無法提供病人合適的後續醫療照顧，或病人不適合在本院醫療時，應安排病人轉診至適當醫療照護機構。
- B. 本院定期評核合約醫療照護機構之醫療照護服務品質，建立雙向轉診系統，保障病人獲得連續性的醫療照護。

(2) 目的

為建立完善之雙向轉診與轉檢作業，使各類病人都能轉介到適當之醫療院所接受良好的照護，並提昇總體醫療資源之運用效率，以達到醫療資源運用合理化之目標，特訂定本作業準則。

1.2 適用範圍

凡受理各醫療院所轉診、轉檢病人，以及本院將病人轉診、轉檢至其他醫療院所，皆依本作業準則之規定辦理。

第二章 受理院外轉診病人

2.1 收治門、急診轉診病人之作業

(1) 轉診單之查核：

- A. 轉診服務櫃檯人員受理轉診病人時，應查核其「全民健康保險院(所)轉診單」或「緊急傷病患轉診單」(格式如附件一、二，以下統稱轉診單)之病人基本資料、機構代號、開立日期、**有效期限**、轉出之醫療院所名稱、**建議轉診院所與科別等內容**是否填寫完整，若資料不全則查詢後補正，如發現病人僅持一聯轉診單就醫者，應另複印一份併入轉診單以利就醫後回覆。
- B. 急診櫃檯人員受理轉診病人時，應查核其轉診單之病人基本資料、轉出之醫療院所名稱、轉診單有效期限及醫師簽章是否完整後，先行協助辦理急診掛號。上述 A. 款所列須查核之其他資料不全時，則轉由轉介組查詢後補正。
- C. 門診診室跟診人員如發現轉診病人未經轉診櫃檯報到者(即「轉診單」第二聯未蓋登錄戳章者)，應比照第 A. 款之規定查核補正「轉診單」。

(2) 轉診病人之立案、銷案：

- A. 門診轉診櫃檯人員、門診診室跟診人員、急診檢傷、掛號人員接獲轉診單，應告知病人本院依法將回覆其治療結果予原診治醫療院所，並將告知事項記錄於轉診單上。同時應即時輸入轉出院所機構代號、開立日期及病歷號碼電腦立案以利就醫後掌握轉診回覆時效，其餘資訊可於病人就醫後於轉介服務組補入。
- B. 立案時如發現建檔資料中無該轉診院所基本資料時，則主動將該院所資料建檔。
- C. 針對門診未到診或急診退掛號之轉診立案病人，應予以銷案。

(3) 轉診掛號：

- A. 轉診門診病人掛號不受門診名額限制，急診接獲經聯繫轉診來院病人應予收治於急診或為轉診病人辦理住院。
- B. 轉診病人因不可歸責之因素，無法依轉診單所載就醫期限來院就醫而與本院聯繫時，轉診櫃台人員，應協助另行安排就醫日期。

2.2 收治轉診住院病人之作業

(1) 有以下狀況者得直接收治轉診住院病人：

- A. 合約醫院、策略聯盟醫院或其他院區之病人轉診。
- B. 原轉診之病人轉回本院住院治療。

(2) 病人直接轉診住院治療時，轉診醫師應先洽本院轉介服務人員，說明病人之病情並將病歷摘要透過電腦網路傳送或傳真至本院。必要時，轉介服務人員得轉請相關排班專科主治醫師或值班總住院醫師了解病人之病情，確認須住院治療，轉介服務人員應請本院醫師開立「住院通知單」，並依其需要安排病床。

(3) 簽住一般病房者，由轉介服務人員將住院通知單傳真至轉診醫院，病人完成住院通知單內容後回覆，轉介服務人員即協助住院登記，待有床位後醫事櫃台人員通知病人到院辦理住院手續。

(4) 簽住加護病房者

轉診醫院開立「全民健康保險院(所)轉診單」，於轉診單上註記緊急傷病患個案，由轉診醫院連絡本院加護病房專責醫師，告知病人預計到院時間，視院區作業由加護病房或急診辦理入院手續；或連絡本院轉介服務人員或急診人員病人預計到院時間，由急診辦理入院手續。

~~A. 轉診醫院使用轉診資源整合作業系統(MARS 2.0)轉入本院者：由轉診醫院連絡本院加護病房專責醫師病人預計到院時間，視院區作業由加護病房或急診辦理入院手續。~~

~~B. 轉診醫院未使用轉診資源整合作業系統(MARS 2.0)轉入本院者：由轉診醫院連絡本院轉介服務人員或急診人員病人預計到院時間，由急診辦理入院手續。~~

(5) 對於救護車送達本院之病人，其救護車之隨車紀錄應一併收取後夾附病歷供醫事人員參閱。若無法事先安排病床而病人已送達急診時，本院應予收治並安排住院事宜。

(6) 住院中病人如於病房區方出示轉診單時，由病房醫事管理員協助即時輸入轉出院所及病歷號碼電腦立案，並將轉診單夾存住院中病歷。

2.3 「轉診單」之處理及回覆

(1) 門診轉診，醫師於診療後列印「轉診回覆單」一式兩聯貼入轉診單回覆，一聯提供轉診服務人員，一聯併同病歷記錄送病歷室。

(2) 急診轉診，若病人診療後離院，則由急診醫師填寫診療摘要一式兩

聯回覆轉診單，一聯提供轉診服務人員，一聯併同病歷記錄送病歷室；如病人需轉住院治療，轉診單(含救護車隨車紀錄)連同病歷記錄轉送護理站，另急診護理站須向病房護理站確認轉診單夾附病歷，待病人出院後由醫師完成回覆。轉介組於病人由急診轉住院時，先行寄發「轉診院所病人轉住院信函」知會轉出醫療院所。

- (3) 轉診住院，病人出院後醫師以病歷摘要一式兩聯回覆，併同病歷記錄送病歷室。
- (4) 轉診之病歷摘要回覆內容應包含病人基本資料、主訴、病史、理學檢查、實驗室檢查等之主要發現、診斷、治療經過、注意事項及出院後醫囑或建議事項。
- (5) 病歷室接獲轉診單，如已完成回覆，一聯留存病歷，一聯送回轉介服務組寄原診治院所，若醫師未完成回覆，病歷室須跟催原主治醫師完成。

2.4 轉診回覆診療病歷摘要及通知原轉入院所時效要求

- (1) 轉診病人之病歷摘要診治醫師應於下列時限內完成：
 - A. 屬住院者，完成時限同「出院病歷摘要」。
 - B. 屬急診者，應於該病人離院次日上午八時以前完成。
 - C. 屬門診者，應於該病人就診當日內完成。
- (2) 診治醫師如未依前項規定時限內完成診療病歷摘要，則病歷室人員應跟催診治醫師完成，對於無故逾期完成診療報告者，得比照病歷逾期完成之規定罰扣負責診治醫師。
- (3) 轉介服務組將轉診回覆結果寄原診治醫院、診所應於下列時限內完成：
 - A. 轉診立案後應在三日內通知原診治院所。病人就醫後，病歷室接到轉診回覆單應於二日內送轉介服務組，轉介服務人員應於一日內將病人治療情形通知原診治院所。
 - B. 如病人轉住院治療，轉介服務人員應於出院後十四日內將病歷摘要通知原診治院所。

第三章 轉診病人至其他醫療院所

第一節 轉診合約醫院之評估與合約

3.1.1 轉診合約醫院之基本條件

轉診合約醫院必須符合下列基本條件且經本院認可：

- (1) 醫院之負責醫師須為完成醫學院教育者。
- (2) 醫院在五年內無重大違背法令記錄者。
- (3) 願意與本院合作推動雙向轉診作業者。

3.1.2 轉診合約簽約程序

- (1) 院區管理部及轉診業務相關部門應先確認擬與簽約醫院之資格，審核其基本條件、醫療照護或養護服務品質。擬訂合約之條件與範圍，提報院務委員會核准後簽訂合約。
- (2) 為了解合約對象之業務概況、服務品質及能力，院區管理部及業務相關單位，得派員前往實地訪查。

3.1.3 合約之內容範圍

各院區得視合約雙方之意願以及對方之資格條件，就下列範圍內選擇適當項目簽訂合約。

- (1) 本院得轉介病人到合約醫院就醫或就養。
- (2) 必要時本院得應合約醫院之要求而推薦優良醫療用品及其供應商。

3.1.4 合約期限與續約

- (1) 第一次訂約者，合約期限最長以一年為限。續約之年限得視實際情況需要訂定，不限一年。合約簽訂後，由院區管理部予以建檔存查。
- (2) 合約簽訂後，院區管理部及業務相關部門應每年評核合約醫院實際醫療照護或養護服務品質，雙向轉診之病人數量，以及雙方交流合作情形，以做為續約之參考。

第二節 轉診病人之評估

3.2.1 轉診病人之條件

本院病人經過評估認為轉診到其他醫療院所或養護機構診療較為適當，且經主治醫師同意者，得列為轉診對象。

3.2.2 轉診病人之評估

病人應否轉診之評估，應依下列程序為之：

(1) 門診病人之評估

門診病人必須經門診醫師診治評估，始得列為轉診對象。

(2) 急診病人之評估

急診病人必須經急診主治醫師診治評估，始得列為轉診輔導對象。如病人之傷病涉及特定醫務專科之業務範圍時，則應會請相關專科醫師診治評估。

(3) 住院病人之評估

- A. 病人入住病房二十四小時之內，病房護理人員應完成病人之評估。經醫療團隊討論符合轉診輔導條件者，醫師應開立醫囑照會轉介組，由轉介服務人員前來了解、評估病人之情況，俾預先準備輔導轉診事宜。
- B. 前款之評估項目及轉診輔導資格條件，得由護理部與各醫務專科協商訂定。
- C. 針對長期住院或超期住院病人，得建立評估機制，經主治醫師評估符合轉診輔導條件者，開立醫囑照會請轉介服務人員進行輔導轉診事宜。

第三節 病人轉診至其他醫療院所作業

3.3.1 急診出院及轉診輔導

- (1) 醫師向病人及其家屬說明轉診或出院之適當性及相關風險並獲同意後，開立醫囑照會轉介組。轉介服務人員應給予病人及其家屬必要之輔導與協助，對於須轉診者，應協助病人洽尋適當的轉診機構，確認就醫日期、診療科別及掛號或住院等之就醫安排後，協助辦理轉診事宜。
- (2) 為便於接受轉診機構之醫護人員了解病人之病情，必要時轉介服務人員得請急診醫師予以說明，或將病人之病歷摘要透過電腦網路傳送或傳真到接受轉診機構，或依病人之意願，將相關資料交付病人，將相關資料交付病人並提醒病人轉交接受轉診機構。

3.3.2 住院病人出院轉診輔導

- (1) 主治醫師判定住院病人適合轉診到其他機構就醫或養護時，應向病人及其家屬說明轉診或出院之適當性及相關風險並獲同意後，開立醫囑照會轉介組。
- (2) 轉介服務人員應給予病人及其家屬必要之輔導與協助，同時接洽適當的轉診機構。社工人員應依其需要協同轉介服務人員為病人辦理出院轉診及輔導事宜。
- (3) 為便利轉診機構醫護人員了解病人病情，轉介服務人員得將轉診單、「出院準備服務照護評估表」或病歷摘要透過電腦網路傳送或傳真到轉診機構，必要時得請醫師向對方之醫師說明。
- (4) 轉介服務組於洽妥轉診機構或確定病人無法轉診後，應將處理結果告知護理站以及病人之主治醫師。

3.3.3 轉診機構之選擇順序

出院轉診之病人，轉介服務人員與主治醫師討論病人適合之機構，並依本院之其他院區、院區策略聯盟院所、院區合約醫院優先順序，建議病人或其家屬之轉診機構，若以上無適當之機構或病人有特殊要求時，得依病人或其家屬之意願轉診至其他機構。

3.3.4 出院事務作業

除依一般程序辦理出院手續外，對於轉診到其他機構之出院案例，則須配合執行下列事項：

- (1) 轉診到其他醫院者，醫師須開立「全民健康保險院(所)轉診單」(緊急醫療後送則開立「緊急傷病患轉診單」，附件三、四)及病歷摘要，記載轉診原因及轉診相關特殊狀況，隨病人轉送，病歷摘要複本並保存病歷。對於主要之檢查、檢驗結果應主動提供給接受轉診機構參考。
- (2) 轉診病人病情需要時，主治醫師應派醫師或護理人員隨行照護，以確保轉送病人之安全。
- (3) 醫師如開立電子轉診單轉送接受轉診之健保特約醫院、診所時，仍須列印書面轉診單交付轉診病人，由病人攜至接受轉診之健保特約醫院、診所辦理轉診。

3.3.5 轉診病人至其他醫療院所門診作業

若主治醫師基於疾病診療或配合分級醫療之考量，認為病人到其他醫療院所門診繼續診治更為恰當時，得向病人說明並開立「全民健康保險院(所)轉診單」一式三聯，第一聯送病歷室歸入病歷，第二、三聯交付病人或家屬，請病人至所轉診之醫療院所繼續追蹤診治。

3.3.6 轉診至其他醫療院所轉診回覆之處理

轉介服務組接獲本院轉診至其他醫療院所繼續追蹤治療所寄回之轉診單或病歷摘要回覆，將轉診單或病歷摘要送病歷室歸入病歷。

第四章 合約轉檢業務

4.1 訂定合約

- (1) 凡擬與本院建立病人轉檢(驗)合作關係之醫療院所得洽各院區管理部或其指定之部門(專科)洽商合作事宜，並且經雙方同意，訂定合約做為辦理轉檢之憑據。
- (2) 各院區應根據其各檢查(驗)部門之損益以及設備動用情形，擬定合理之優惠收費標準以利辦理合約轉檢業務。但除全民健康保險法令另有規定應依其規定者外，各院區訂定之優惠收費標準不得低於本院收費標準金額的百分之八十。
- (3) 合約轉檢(驗)之醫療院所，其委託本院檢驗、檢查之類別項目以及收費標準均應於合約中明訂。所委託檢查、檢驗之費用得予記帳，由本院每月定期結算通知其繳納。
- (4) 轉檢(驗)病人身分屬健保身分時，所開立之轉檢(驗)項目限開立醫療院所層級所得實施者為限，轉檢(驗)項目之健保醫療費用，由開立醫療院所依規定向轄區所在之健保業務組申報。

4.2 轉檢(驗)作業流程

- (1) 合約醫療院所擬轉送病人到本院施行檢查(驗)時，須先洽本院相關部門排定檢查(驗)日程，並填具病歷摘要及本院之檢查(驗)單(或說明檢查(驗)項目之醫囑資料，健保身分病人則依健保規定開立轉檢單)，交付病人依所排定之日期與時間到本院相關檢查(驗)單位報到。
- (2) 本院相關檢查(驗)單位人員須先核對轉檢(驗)病人之表單、合約機構代號(對於資料填寫不當或未持用制式表單者，應予補正或代填檢查(驗)單並將原單黏貼於該單上)。
- (3) 轉檢病人到本院時，得免辦理掛號手續，免收掛號費。為案件登錄或繕打報告之需要，得以轉檢機構所編的號碼或以病人之身分證號碼替代病歷號碼使用。
- (4) 檢查(驗)部門應於完成檢查報告後即刻依約定的方式將報告送交轉檢之醫療院所，健保身分病人則依照健保規定回覆轉檢單與合約醫療院所。
- (5) 院區因設備或人力因素無法提供病人特定檢查(驗)服務時，原須提供該項服務項目之專科應提報經核准後，洽談相關醫療機構訂定合約。

- (6) 病人須接受轉檢(驗)醫療服務時，醫師應先徵得病人同意後，開立轉檢所需之相關表單。合約中訂定之負責單位則為病人聯繫合約醫療院所，並協助病人轉檢(驗)就醫，健保身份病人則應一併開立轉檢單供病人持往受理委託檢查(驗)之合約機構接受服務。

第五章 附則

5.1 轉診業務稽核

轉介服務組應每月統計轉入及轉出之轉診業務狀況，並定期針對轉診病人進行統計分析、評估實際成效及提報檢討改善，定期彙整呈報院區管理部，並配合主管機關依法不定期查核。

5.2 本院與轉診機構之連繫作業

- (1) 轉診醫師、策略聯盟醫院或合約醫院的醫護人員擬到本院探訪其轉診至本院之住院病人時，本院轉介服務人員應協助聯絡與安排，病房護理人員需陪同探視病人。
- (2) 轉診醫師、策略聯盟醫院或合約醫院，欲利用本院網際網路之轉診作業功能，查詢轉診病人轉診期間之醫療資訊時，應向本院院區管理部申請查詢權限，以運用該作業功能。

5.3 本院醫師與轉診機構之連繫

轉診機構之醫護人員為轉診病人診療需要，得向本院原診治醫師洽詢對該病人之診治情形。

5.4 轉診後之追蹤

轉介服務組應配合轉診病人之意願，於施行轉診後予以追蹤關懷，並且了解轉診後所獲得醫療照護狀況。

5.5 實施與修改

本作業準則經長庚決策委員會主任委員核准後實施，修改時亦同。

全民健康保險

院(所)轉診單(轉診至

院所)

保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 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 歷	病 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				
醫 院	摘 要	1. (主診斷)		2.		3.		C. 檢查及治療摘要			
		1. 最近一次檢查結果		日期：		報告：		2. 最近一次用藥或手術名稱			
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							
診 所	診所 醫師	院所 住址			傳真號碼：			電子信箱：			
		姓名	科別	聯絡 電話	醫師 簽章						
所	開 立 日 期	年 月 日		安排就醫日期		年 月 日		科 診 號			
		建議轉 至院所		名稱：(必填)		科別：(必填)		醫師： 電話：			
接 受 轉 診 醫 院 診 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									
診 所	治療摘要	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			1. 主診斷			2. 治療藥物或手術名稱			3. 輔助診斷之檢查結果
診 所	診所 名稱	ICD-10-CM/PCS：			病名：			電話或傳真：			
		電子信箱：			醫師 簽章			回覆 日期		年 月 日	
醫 院	診所 醫師	姓 名	科 別	醫師 簽章		回 覆 日 期		年 月 日			
		有效期限： 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

緊急傷病患轉診單(轉診至 醫院)

(轉出醫院名稱： _____ 醫事服務機構代號： _____)

轉 出 醫 院	病人基本資料	姓 名	性 別	出 生	病 歷 號 碼
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
		身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 人	聯 絡 地 址
醫 院 填 列	病 情 摘 要	A. 主訴			C. 藥物或其他過敏史 <input type="checkbox"/> 無或未知 <input type="checkbox"/> 有：_____
		B. 臆斷 (Impression)			D. 重要檢查及治療摘要(其餘詳如所附病歷摘要)
		1. 病名： 2. 3.			E. 傳染性疾病 <input type="checkbox"/> 無或未知 <input type="checkbox"/> 有：_____
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"/> 高危險妊娠、早產兒與新生兒治療				
	3. <input type="checkbox"/> 門診治療 6. <input type="checkbox"/> 其他：_____				
轉 入 醫 院 填 列	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	
	轉診時間	年 月 日 時 分	聯繫轉入醫院時間	年 月 日 時 分	
轉 入 醫 院 填 列	建議轉入院所及科別醫師			轉入院所地址及專線電話	地址： 電話：
	處理情形 (複選) <input type="checkbox"/> 已予急診處置 <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中 <input type="checkbox"/> 住本院 病房治療中 <input type="checkbox"/> 已安排住本院 ICU治療中 <input type="checkbox"/> 留觀 <input type="checkbox"/> 轉診至 醫院 <input type="checkbox"/> 已轉回原院所，建議事項如下欄				
	治療摘要			1. 主診斷 2. 手術名稱 3. 輔助診斷之檢查結果	
轉 入 醫 院 填 列	院所名稱			電話或傳真：	電子信箱：
	診治醫師姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年 月 日

附件：病歷摘要 (依據醫療法第 73 條及醫療法施行細則第 52 條規定辦理)

轉診救護紀錄表

日期	年 月 日	出 勤 單 位					
病人姓名		聯絡電話		轉出醫院		轉入醫院	
出勤通知時間		到達轉出醫院時間		離開轉出醫院時間		送達轉入醫院時間	
時 分		時 分		年 月 日 時 分		年 月 日 時 分	
病人交接注意事項	病人身上留置管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣管內管 <input type="checkbox"/> 靜脈注射 其他：			備註欄	財務：		
					其他：		
處置項目 (此欄可複選)							
急救處置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，如下：			心肺復甦術 <input type="checkbox"/> CPR: _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 使用 AED <input type="checkbox"/> 不建議電擊 <input type="checkbox"/> 電擊 _____ 次		其他處置 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 僅做生命徵象監測 <input type="checkbox"/> ALS 支援	
				藥物處置：			
生命徵象	時間	意識狀況	呼吸	脈搏	血壓	格拉斯哥昏迷指數 (葛氏)	
	離開轉出醫院前 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___	
		<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___	
	到達轉入醫院後 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___	
簽名欄	轉出醫院人員簽名		救 護 人 員 簽 名			轉 入 醫 院 人 員 簽 名	
			一、 (編號:) 二、 (編號:) 三、 (編號:)			時間: 時 分	

備註：本表一式三聯，分由轉出醫院、轉入醫院及救護車設置機關（構）保存。

全民健康保險長庚紀念醫院轉診單

保險醫事服務機構代號：

(醫院代號條碼)

原 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 醫	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.						
院 診 所	醫 生 要	C.檢查及治療摘要			2.最近一次用藥或手術名稱			
		1.最近一次檢查結果			日期：			
		日期：			報告：			
		報告：						
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				
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 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			
開立日期		年	月	日	安排就醫日期	年	月	
						科	診	
						日	號	
建議轉至院所		名稱：(必填)		科別：(必填)		醫師：		
		地址：				電話：		
有效期限：		年		月		日		
茲同意轉診至_____醫院繼續治療。								
同意人簽名：				病患之：				
接 受 轉 診 醫 院 診 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						
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				電話或傳真：				
				電子信箱：				
診治醫師		姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年	月	
						日		

長庚紀念醫院 21X27CMX50 份

106.05 修訂

A905

全民健康保險長庚紀念醫院轉診單

保險醫事服務機構代號：

(醫院代號條碼)

原 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 醫	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.					
院 診	醫 師	C.檢查及治療摘要		2.最近一次用藥或手術名稱			
		1.最近一次檢查結果		日期：			
		日期：		日期：			
		報告：					
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			
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他			
所	院 址			傳真號碼：			
				電子信箱：			
		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		
所	建 議 轉 至 院 所	名稱：(必填)		醫師：			
		地址：		電話：			
有效期限： 年 月 日							
茲同意轉診至_____醫院繼續治療。 同意人簽名：_____ 病患之：_____							
接 受 轉 診 醫 院 診 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					
院 診	治 療 摘 要	5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下		3.輔助診斷之檢查結果			
		6. <input type="checkbox"/> 其他					
		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：					
所	院 所 名 稱			電話或傳真：			
				電子信箱：			
		姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期		
		年 月 日					

長庚紀念醫院

21X27CMX50 份

106.05 修訂

A905

全民健康保險長庚紀念醫院轉診單

保險醫事服務機構代號：

(醫院代號條碼)

原 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 醫	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
院 診	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		
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他		
		院所住址		傳真號碼：		電子信箱：
所 診	診治醫師	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	
		建 議 轉 至 院 所	名 稱：(必 填)	科 別：(必 填)	醫 師：	電 話：
		有 效 期 限：	年 月 日			
茲同意轉診至_____醫院繼續治療。						
同意人簽名：_____ 病患之：_____						
接 受 轉 診 醫 院 診 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				
治療摘要	診所名稱	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：		電話或傳真：		
				電子信箱：		
診 治 醫 師	診所名稱	姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	
					年 月 日	

緊急傷病患轉診單(轉診至

醫院)

(轉出醫院名稱：長庚紀念醫院 台北本院 1101010012 基隆分院 1111060015 桃園分院 1132071036

嘉義分院 1140010510 林口分院 1132070011 高雄分院 1142100017)

轉 出 醫 院	病 患 基 本 資 料	姓 名 性 別 出 生 病 歷 號 碼						
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日					
		身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 人	聯 絡 地 址			
醫 院	病 情 摘 要	A.主訴					C.藥物或其他過敏史	
		B.臆斷 (Impression)					D.重要檢查及治療摘要(其餘詳如所附病歷摘要)	
填 列	轉 診 目 的	1.病名：					E.傳染性疾病	
		2.					<input type="checkbox"/> 無或未知	
填 列	院 所 住 址	3.					<input type="checkbox"/> 有：_____	
		4. <input type="checkbox"/> 急診治療					4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目：_____	
填 列	診 治 醫 師	5. <input type="checkbox"/> 住院治療					5. <input type="checkbox"/> 高危險妊娠、早產兒與新生兒治療	
		6. <input type="checkbox"/> 門診治療					6. <input type="checkbox"/> 其他：	
填 列	轉 診 時 間	姓 名	科 別	聯 絡 電 話	醫 師 簽 章			
		年 月 日 時 分	聯 繫 轉 入 醫 院 時 間		年 月 日 時 分			
填 列	建 議 轉 入 院 所 科 別 及 醫 師	醫 院			科	轉 入 院 所 地 址 及 專 線 電 話	地 址 電 話 ：	
		醫 師 電 話 ：						
填 列	處 理 情 形 (複 選)	<input type="checkbox"/> 已予急診處置					<input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中	
		<input type="checkbox"/> 住本院 病房治療中					<input type="checkbox"/> 已安排住本院 ICU治療中	
填 列	治 療 摘 要	<input type="checkbox"/> 留觀					<input type="checkbox"/> 轉診至 醫院	
		<input type="checkbox"/> 已轉回原院所，建議事項如下欄						
填 列	院 所 名 稱	1.主診斷			2.手術名稱		3.輔助診斷之檢查結果	
		ICD-9Code：			病名：			
填 列	診 治 醫 師	電 話 或 傳 真 ：			電 子 信 箱 ：			
		姓 名	科 別	醫 師 簽 章	回 覆 日 期	年 月 日		

附件：病歷摘要 (依據醫療法第 73 條及醫療法施行細則第 52 條規定辦理)

長庚紀念醫院 21X27CMX50 份

97.8 制訂

MR65

緊急傷病患轉診單(轉診至

醫院)

(轉出醫院名稱：長庚紀念醫院 台北本院 1101010012 基隆分院 1111060015 桃園分院 1132071036

嘉義分院 1140010510 林口分院 1132070011 高雄分院 1142100017)

轉 出 醫 院	病 患 基 本 資 料	姓 名	性 別	出 生 日 期			病 歷 號 碼			
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日						
		身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 人	聯 絡 地 址					
醫 院 填 列	病 情 摘 要	A.主訴						C.藥物或其他過敏史		
		B.臆斷 (Impression) 1.病名： 2. 3.						<input type="checkbox"/> 無或未知		
								<input type="checkbox"/> 有：_____		
								D.重要檢查及治療摘要(其餘詳如所附病歷摘要) 1. 2. 3.		
E.傳染性疾病						<input type="checkbox"/> 無或未知				
						<input type="checkbox"/> 有：_____				
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"/> 高危險妊娠、早產兒與新生兒治療								
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療 6. <input type="checkbox"/> 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				
轉診時間	年 月 日 時 分			聯繫轉入醫院時間			年 月 日 時 分			
建議轉入院所及科別	醫院			科		轉入院所地址及專線電話		地址： 電話：		
	醫師 電話：									
轉 入 醫 院 填 列	處 理 情 形 (複選)	<input type="checkbox"/> 已予急診處置			<input type="checkbox"/> 已安排本院			科門診治療中		
		<input type="checkbox"/> 住本院 病房治療中			<input type="checkbox"/> 已安排住本院			ICU 治療中		
		<input type="checkbox"/> 留觀			<input type="checkbox"/> 轉診至			醫院		
		<input type="checkbox"/> 已轉回原院所，建議事項如下欄								
治療摘要	1.主診斷		2.手術名稱		3.輔助診斷之檢查結果					
	ICD-9Code：									
	病名：									
院所名稱				電話或傳真：						
				電子信箱：						
診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期		年 月 日				

附件：病歷摘要 (依據醫療法第 73 條及醫療法施行細則第 52 條規定辦理)

長庚紀念醫院 21X27CMX50 份

97.8 制訂

MR65

緊急傷病患轉診單(轉診至

醫院)

(轉出醫院名稱：長庚紀念醫院 台北本院 1101010012 基隆分院 1111060015 桃園分院 1132071036

嘉義分院 1140010510 林口分院 1132070011 高雄分院 1142100017)

轉 出 醫 院	病 患 基 本 資 料	姓 名	性 別	出 生 日 期			病 歷 號 碼			
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日						
		身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 人	聯 絡 地 址					
醫 院 填 列	病 情 摘 要	A.主訴						C.藥物或其他過敏史		
		B.臆斷 (Impression) 1.病名： 2. 3.						<input type="checkbox"/> 無或未知		
								<input type="checkbox"/> 有：_____		
								D.重要檢查及治療摘要(其餘詳如所附病歷摘要) 1. 2. 3.		
E.傳染性疾病						<input type="checkbox"/> 無或未知				
						<input type="checkbox"/> 有：_____				
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"/> 高危險妊娠、早產兒與新生兒治療								
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療 6. <input type="checkbox"/> 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			
轉診時間	年	月	日	時	分	聯繫轉入醫院時間		年	月	日
建議轉入院所及科別	醫師	醫院	科	轉入院所地址及專線電話		地址：		電話：		
處理情形(複選)	<input type="checkbox"/> 已予急診處置	<input type="checkbox"/> 住本院 病房治療中	<input type="checkbox"/> 留觀	<input type="checkbox"/> 已轉回原院所，建議事項如下欄	<input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中	<input type="checkbox"/> 已安排住本院 ICU治療中	<input type="checkbox"/> 轉診至 醫院			
治療摘要	1.主診斷 ICD-9Code：	2.手術名稱	3.輔助診斷之檢查結果	病名：						
院所名稱							電話或傳真：			
							電子信箱：			
診治醫師	姓名	科別	醫師簽章		回覆日期		年	月	日	

附件：病歷摘要 (依據醫療法第 73 條及醫療法施行細則第 52 條規定辦理)

長庚紀念醫院 21X27CMX50 份

97.8 制訂

MR65

轉診救護紀錄表

日期	年 月 日	出 勤 單 位						
病患姓名	聯絡電話			轉出醫院			轉入醫院	
	出勤通知時間		到達轉出醫院時間		離開轉出醫院時間		送達轉入醫院時間	
時 分		時 分		年 月 日 時 分		年 月 日 時 分		
病人交接注意事項	病患身上留置管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣管內管 <input type="checkbox"/> 靜脈注射 其他：			備註欄	財務：			
					其他：			
處置項目 (此欄可複選)								
急救處置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，如下：			心肺復甦術 <input type="checkbox"/> CPR: _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 使用 AED <input type="checkbox"/> 不建議電擊 <input type="checkbox"/> 電擊 _____ 次		其他處置 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 僅做生命徵象監測 <input type="checkbox"/> ALS 支援		
	藥物處置：							
生命徵象	時間	意識狀況		呼吸	脈搏	血壓	格拉斯哥昏迷指數 (葛氏)	
	離開轉出醫院前 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否		次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___	
		<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否		次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___	
	到達轉入醫院後 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否		次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___	
簽名欄	轉出醫院人員簽名		救護人員簽名			轉入醫院人員簽名		
			一、 (編號:) 二、 (編號:) 三、 (編號:)					
時間： 時 分					時間： 時 分			

長庚紀念醫院 21X27CMX50 份

97.8 制訂

MR66

轉診救護紀錄表

日期	年 月 日	出 勤 單 位						
病患姓名	聯絡電話			轉出醫院			轉入醫院	
	出勤通知時間		到達轉出醫院時間		離開轉出醫院時間		送達轉入醫院時間	
時 分		時 分		年 月 日 時 分		年 月 日 時 分		
病人交接注意事項	病患身上留置管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣管內管 <input type="checkbox"/> 靜脈注射 其他：			備註欄	財務：			
					其他：			
處置項目 (此欄可複選)								
急救處置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，如下：			心肺復甦術 <input type="checkbox"/> CPR: _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 使用 AED <input type="checkbox"/> 不建議電擊 <input type="checkbox"/> 電擊 _____ 次		其他處置 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 僅做生命徵象監測 <input type="checkbox"/> ALS 支援		
				藥物處置：				
生命徵象	時間	意識狀況	呼吸	脈搏	血壓	格拉斯哥昏迷指數 (葛氏)		
	離開轉出醫院前 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___		
		<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___		
	到達轉入醫院後 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 聲 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg	E ___ V ___ M ___		
簽名欄	轉出醫院人員簽名		救護人員簽名			轉入醫院人員簽名		
			一、 (編號:) 二、 (編號:) 三、 (編號:)					
時間： 時 分					時間： 時 分			

長庚紀念醫院 21X27CMX50 份

97.8 制訂

MR66

轉診救護紀錄表

日期	年 月 日	出 勤 單 位						
病患姓名	聯絡電話			轉出醫院			轉入醫院	
	出勤通知時間		到達轉出醫院時間		離開轉出醫院時間		送達轉入醫院時間	
時 分		時 分		年 月 日 時 分		年 月 日 時 分		
病人交接注意事項	病患身上留置管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣管內管 <input type="checkbox"/> 靜脈注射 其他：			備註欄	財務：			
					其他：			
處置項目 (此欄可複選)								
急救處置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，如下：			心肺復甦術 <input type="checkbox"/> CPR: _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 使用 AED <input type="checkbox"/> 不建議電擊 <input type="checkbox"/> 電擊 _____ 次		其他處置 <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 僅做生命徵象監測 <input type="checkbox"/> ALS 支援		
				藥物處置：				
生命徵象	時間	意識狀況		呼吸	脈搏	血壓		格拉斯哥昏迷指數 (葛氏)
	離開轉出醫院前 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲	<input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg		E____V____M____
		<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲	<input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg		E____V____M____
	到達轉入醫院後 (時 分)	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 聲	<input type="checkbox"/> 痛 <input type="checkbox"/> 否	次/分	次/分	mmHg		E____V____M____
簽名欄	轉出醫院人員簽名		救護人員簽名			轉入醫院人員簽名		
			一、 (編號:) 二、 (編號:) 三、 (編號:)					
時間： 時 分					時間： 時 分			

長庚紀念醫院 21X27CMX50 份

97.8 制訂

MR66