

高雄市醫師公會	
收	107年5月10日
文	字第678號

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：黃佩宜

電話：(02)2752-7286分機131

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：petty124@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國107年5月4日

發文字號：全醫聯字第1070000583號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明一

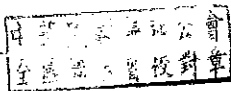
主旨：「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條及第四條附表一、第七條附表二，業經衛生福利部於中華民國107年4月27日以衛部保字第1071260206號令修正發布，請 查照。

說明：

- 一、依衛生福利部中華民國107年4月27日衛部保字第1071260206C號函(如附件)辦理。
- 二、相關訊息刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會

副本：



理事長 邱泰源

抄：1. 刊網站

2. 轉知會員上網下載轉診單備用。

3. 轉診單影印備案。

康維淑 5/10/2018

如於之

王淑珍

107/5/14

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488
號

傳 真：(02)85906048

聯絡人及電話：羅資文(02)85906666轉6778

電子郵件信箱：hgpower2th@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國107年4月27日

發文字號：衛部保字第1071260206C號

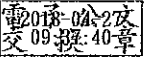
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本(含修正條文)1份(1071260206C-1.pdf)

主旨：「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條及第四條
附表一、第七條附表二，業經本部於中華民國107年4月27
日以衛部保字第1071260206號令修正發布，茲檢送發布令
影本(含修正條文)1份，請查照轉知。

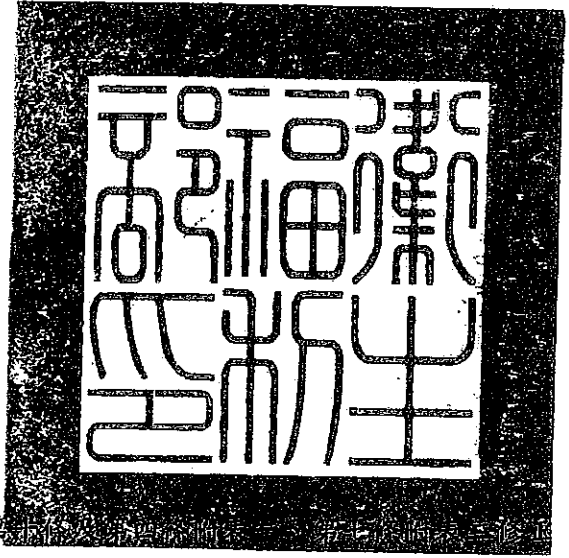
正本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、法務部矯正署、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部綜合規劃司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

副本：

部長 陳時中



衛生福利部 令



發文日期：中華民國107年4月27日

發文字號：衛部保字第1071260206號

附件：「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條、第十四條
條文(1071260206-1.pdf)

修正「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條及第四條附表一、第七條附表二。

附修正「全民健康保險轉診實施辦法」第三條、第十條及第四條附表一、第七條附表二

部長陳時中

全民健康保險轉診實施辦法第三條、第十條修正 條文及第四條附表一、第七條附表二修正規定

第 三 條 特約醫院、診所辦理保險對象轉診，應基於醫療上之需要，並符合醫療法之規定。

前項轉診，指保險對象接受特約醫院、診所安排轉至其他適當之各級特約醫院、診所，繼續接受診治，或於矯正機關、本保險山地離島地區及醫療資源不足地區，接受本保險之計畫或方案所提供定點或巡迴醫療服務，經安排轉回提供該服務之特約醫院、診所繼續接受診治之行為。

前項轉診，不受醫療機構類別或層級別之限制。

保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診之特約醫院、診所繼續接受治療，亦無第十一條所定情形，而仍有追蹤治療之必要時，接受轉診之特約醫院、診所應建議轉回原診治之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

第 十 條 接受轉診之特約醫院、診所，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診治處置情形，及後續診治疾病之相關檢查及處置結果，回復原診治之特約醫院、診所。

保險對象轉診後，接受住院診治者，接受轉診之特約醫院應於其出院後，將出院之病歷摘要，回復原診治之特約醫院、診所。因病情需要，需繼續治療、追蹤治療者，應一併告知。

前二項規定於特約醫院、診所接受同機構安排轉回繼續診治保險對象之轉診，不適用之。

附表一

全民健康保險

院(所)轉檢單(轉檢至

院所)

保險對象基本資料	姓名				出生日期	民國(前)	年	月	日
	過敏史								
	初步診斷								
原診療院所	代號				地址				
	名稱								
	醫師姓名		醫師 簽章		聯絡 電話		傳真 號碼		
	開單日期	民國(前)	年	月	日	有效 期限	民國(前)	年	月
檢查項目代號	檢查項目名稱								
指定保險對象 接受轉檢醫事 服務機構名稱	地 址				聯絡人	聯絡電話			
檢查結果：(以下由接受轉檢特約醫事服務機構紀錄)									
檢查日期： 年 月 日					執行檢查醫事人員簽章： _____				
					報告日期： 年 月 日				

第一聯：接受轉檢醫事服務機構留存
第二聯：接受轉檢醫事服務機構回復原診療院所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉檢單之檢查項目限檢查乙次

附表二

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 病 歷 摘 要	保險對象基本資料	姓 名		出 生 日 期		身 分 證 號	
				民國(前) 年 月 日			
		聯 絡 人	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址			
醫 院 診 所	A.病情摘要(主訴及簡短病史)	D.藥物過敏史					
		B.診斷 1.(主診斷) 2. 3.	ICD-10-CM/PCS		病名		
			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 日期：		
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 日	科 診 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						
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 ICD-10-CM/PCS： 病名：		2. 治療藥物或手術名稱		3. 輔助診斷之檢查結果		
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		

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存
第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限用乙次，非屬本辦法第7條規定應包括之內容者，如無則填無
 ※以上約章均須填妥，否則本保險之計畫或方案提供定點或巡迴醫療服務，將保險對象轉回同機構繼續接受診治者，得免
 ※填復