

中華民國 107 年 4 月 27 日
衛生福利部令
衛部保字第 1071260206 號

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)									
執行檢查醫事人員簽章：_____									
檢查日期： 年 月 日					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		
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. <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		
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		
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						

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

第三聯：原診療醫院、診所留存

※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
 ※特約醫院、診所執行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，得免填復第二聯。

本則命令之總說明及對照表請參閱行政院公報資訊網 (<http://gazette.nat.gov.tw/>)。