

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			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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	日
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