

全民健康保險 _____ 院(所)轉檢單

保險醫事服務機構代號：

保險對象 基本資料	姓名	性別	出生年月日	病歷號碼	初步診斷		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生				
轉檢日期	民國 年 月 日			有效期限	民國 年 月 日		
原院 診所	院所名稱	院所住址： 聯絡電話 醫師簽章					
	醫師姓名					傳真號碼	
過敏史							
檢查項目代號	檢 查 項 目 名 稱						
指定轉檢院所名稱	地	址	聯絡人	聯絡電話			
林口長庚紀念醫院							
檢查結果：(以下由接受轉檢特約院所或保險指定醫事檢驗機構填寫)							
檢查醫師或 醫事放射人員： _____ 簽章 年 月 日							

一式三聯：

1. 2. 3.
 原原原
 診診診
 治治治
 醫醫醫
 院院院
 ↓ ↓
 病病
 患患
 ↓ ↓
 接接
 受受
 轉轉
 檢檢
 醫醫
 院院
 診診
 所所
 ↓
 原原
 診診
 治治
 醫醫
 院院
 診診
 所所

※ 本轉檢單之檢查項目限檢查乙次。

基隆長庚紀念醫院核子醫學科 印製 94.06

※ 有效期限由原診治院所醫師決定，最長以三十日為限。