

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

中央健康保險局 92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告
中央健康保險局 92 年 4 月 21 日健保醫字第 0920008214 號公告修正
中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正
中央健康保險局 94 年 7 月 13 日健保醫字第 0940017934 號公告修正
中央健康保險局 95 年 7 月 18 日健保醫字第 0950015399 號公告修正

壹、計畫依據

本計畫依據全民健康保險醫療費用支付標準總則辦理。

貳、計畫目的

- 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務。
- 二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。

參、預算來源

本計畫之預算來自全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額，採專款專用方式辦理，不列入地區總額分配。

肆、推動策略

- 一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。
- 二、民眾可選擇社區醫療群之醫師登記為家庭醫師，但不限制民眾就醫之選擇。
- 三、提供適當誘因，以促成家庭醫師制度之形成。

伍、社區醫療群之組織運作

- 一、組織方式可採下列兩種型式：

(一) 甲型：

以同一地區特約西醫診所 5 至 10 家為單位組成，其中一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師

資格，並應與 1 家特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）作為合作對象，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。

（二）乙型

以同一地區特約西醫診所 5 至 10 家為單位組成；其中至少需有 1/5 以上醫師（四捨五入）具有家庭醫學科專科醫師資格，並應與特約醫院建立轉診及合作機制。或與 1 家特約醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）作為合作對象，開辦共同照護門診。

二、若聯合診所具有 5 位專任醫師以上，且結合該地區其他 3 家特約診所以上者，得共同參與本計畫，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。

三、社區醫療群之組成區域範圍，以符合社區民眾生活圈【以同一鄉（鎮）、市（區）】為原則，並由中央健康保險局（以下簡稱本局）各分局依實際情形認定。

四、設立會員 24 小時緊急諮詢專線

參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時緊急電話諮詢服務，提供家戶登錄之會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，此方式除可掌握病患最佳醫治時間外，並可進一步減少民眾就醫需求。

五、社區醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制

（一）甲型及乙型社區醫療群採「共同照護門診」模式者，其運作如下：

參與計畫之基層診所醫師與 1 家特約醫院作為合作對象，應由合作醫院聘為兼任醫師，每位醫師每月至少半天到合作醫院開

設共同照護門診（不限看診其轉診對象），其中共同照護門診亦可部分時間以家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導等代替，且必須建立基層診所醫師間平行照會。

（二）乙型社區醫療群採轉診模式者，其運作如下：

參與計畫之基層診所醫師如未與特約醫院作為合作對象，必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與後送醫院間之轉診及合作計畫（包括安排病人轉診、追蹤病人轉診至後送醫院治療結果，及病人轉回後之追蹤治療等），以及醫療品質提升計畫。

六、成立計畫執行中心

（一）社區醫療群應成立計畫執行中心，並以基層診所醫師中具有家庭醫學科專科醫師資格者擔任負責人為原則，負責該計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於西醫基層總額支付制度執行委員會各區分會或各地區醫師公會內，成立聯合計畫執行中心。

（二）協助處理轉介病人及個案管理

計畫執行中心除負責計畫申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配外，並應協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。

七、1家醫院與5個社區醫療群合作為原則，由本局各分局考量合作醫院輔導社區醫療群運作之能力，予以增減。

八、家戶會員健康資料應予建檔

- (一) 建檔欄位資料可參考本計畫所附表單（表單中有*註記者為必填欄位），並由各社區醫療群依其所需自行或由合作醫院開發及使用。
- (二) 合作醫院應配合修改資訊系統，以配合連結及運用，若社區醫療群未與固定醫院合作組成社區醫療群者，其計畫執行中心應負責各基層診所健康家戶資訊系統建立與基層醫師團隊醫師間之資訊系統連結及運用。
- (三) 基層診所醫師間所登錄之健康家戶檔案資料，應於符合電腦處理個人資料保護法之規範下共享，並注意網路安全以保障個人隱私。

九、偏遠地區可視其醫療資源狀況另予考量。

十、社區醫療群得與其他醫事服務機構合作，以提供完整性、連續性之醫療，並提高用藥品質。

十一、社區醫療群用藥安全

- (一) 近程目標：家戶資料必須包括：1.病人過去重要病史 2.藥品過敏資訊 3.長期服用之藥品名稱。
- (二) 長程目標：在社區醫療群與協辦醫院之轉介資料中，應能查詢病人最近在院所就診之處方，以方便病人提供用藥資訊之參考。
- (三) 病人於群外就醫時，得在病人同意下，以電話或傳真之方式，請所屬醫療群提供家戶資料之用藥資訊，以供群外醫師診治之參考。

(四) 前項若涉及資訊安全之問題，另訂規範處理之。

陸、醫院及醫師參與計畫資格

一、對醫院及醫師之共同基本要求

(一) 參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫之日起前2年內，並無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第66條至第67條中各條所列違規情事之一且經本局處分者。

(二) 1年內沒有自動退出本計畫之紀錄。

(三) 2年內沒有經核定終止計畫合約或計畫不予續約之紀錄。

二、參與計畫之基層診所醫師資格。

(一) 應於申請本計畫前，業於現址執業且與本保險特約至少1年以上。

(二) 應於申請本計畫前完成20戶及60人以上之健康家庭家戶檔案(含加入健康家庭會員同意書)建檔。

(三) 應製作家庭會員權利義務說明書，告知本計畫內容及其權益、義務(含24小時緊急諮詢電話)，民眾要求登記為會員不得拒絕。

(四) 醫師於實施計畫期間應參與中央衛生主管機關認可之機構或團體所舉辦之相關訓練課程並取得證明，其訓練課程內容及時數由中央衛生主管機關訂之。

(五) 前開中央衛生主管機關所訂之相關訓練課程及認證事宜，基層診所醫師應於中央衛生主管機關公布後或計畫核可後6個月內完成認證，若無法於期限內取得認證者，取消參與計畫資格。

三、參與計畫之醫院資格

須位於計畫涵蓋地區(以符合社區民眾生活圈為原則)，且

經本局同意辦理本保險住診業務之醫院（以地區醫院或區域醫院為原則）。

四、與社區醫療群合作之其他特約醫事服務機構，依現行全民健康保險相關法規辦理。

五、計畫期間社區醫療群成員之加入及退出機制

（一）基層診所醫師可中途加入或自動退出，惟應將家戶會員妥善處理（包括於 1 個月前通知家戶會員、家戶會員資料轉交計畫執行中心保存及介紹社區醫療群其他醫師等）。

（二）合作醫院亦可更換，惟需事先談妥接續合作醫院。

（三）參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間有全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 66 條至第 67 條中各條所列違規情事之一且經本局處分者，應退出本計畫，退出後 2 年內不得再參與本計畫。

（四）社區醫療群之組成，如特約院所距離分布過於零散或距離太遠，經本局各分局實際認定不符社區民眾生活圈者，本局將即時終止計畫合約，且該社區醫療群各特約院所應退出本計畫。

（五）變更後社區醫療群之組成仍需符合參與計畫之規定。另成員變動情形將列為次年續辦參考，退出後 1 年內不得再參與本計畫。

（六）基層診所醫師得於計畫合約期滿後，重新組成社區醫療群，不受自動退出後 1 年內不得再參與計畫之限制。

六、保險對象資格

（一）凡加入全民健康保險之民眾，應以家戶為單位選擇參與本計畫之診所醫師登記為家庭醫師，惟登記前半年該家戶成員至少 1 人應於該醫師處至少就診 1 次。

(二) 1 人限登記 1 位家庭醫師，同一家戶成員以登記於同一位家庭醫師為原則。

柒、費用支付方式

參與計畫之社區醫療群，得自行選擇任一下列支付方案，作為計畫經費支應原則：

一、A 型支付方案

- (一) 社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行全民健康保險醫療費用支付標準及總額支付制度相關規定給付，並由各醫療院所自行申報，費用撥入個別帳戶。
- (二) 共同照護門診每半天定額給付 2,000 至 3,000 元（家戶會員病房巡診、個案研討與社區衛教宣導每次給付以 2000 元為上限），該項費用限社區醫療群組織方式，係採甲、乙型且與 1 家合作醫院開設共同照護門診者申請（醫療群每位醫師每月最多申報 4 次），由執行中心依實際執行情況按月申報，並撥入執行中心帳戶，（或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所）。
- (三) 健康管理費（包括基層院所與合作醫院提供家戶/個人建檔資料與更新、社區醫療群自行設計之預防保健服務、衛生教育、雙向轉診、24 小時電話諮詢、計畫運作、資訊輔助系統、經理人/管理人行政管理、人員訓練等，由基層診所醫師與合作醫院自行協商費用比率），按登錄會員人數每人全年支付健康管理費 250 至 450 元（參與計畫第一年支付 350 至 450 元，第二年支付 300 至 400 元，第三年支付 250 至 300 元），照護期間 6 個月（含）以下者，按照護月

數比例支付，照護期間超過 6 個月以上者，按全年支付。每位基層診所醫師每年平均照護會員人數以 1,000 人為上限，本項費用由執行中心依實際執行情況按月申報，並撥入執行中心帳戶（或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所）。

- (四) 於每月支付費用時，將保留上述（二）及（三）項費用（合稱醫療照護費用）20% 作為品質提升費用，按各該計畫費用評核指標項目達成比例計算，於合約期滿時撥付計畫執行中心，以鼓勵院所投入資源於提升醫療服務品質。
- (五) 全年計畫總經費：參與計畫第一年以 350 萬元為上限，第二年以 300 萬元為上限，第三年以 250 萬元為上限（以 93 年加入為第一年）。

二、B 型支付方案

- (一) 與 A 型之（一）相同。
- (二) 社區醫療群登錄家戶會員實際申報西醫門診醫療費用 (AE) 與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用 (VC) 之間差額的比率回饋社區醫療群，撥入執行中心帳戶，計算原則如下：
 - 1. 若 $AE < VC$ ，依下列差額給予不同比率金額回饋：
 - (1) 若兩者差額小於等於 500 萬，以差額之 0.8 倍為回饋金額；每年回饋金額以 350 萬元為上限。
 - (2) 若兩者差額大於 500 萬，以差額之 1.5 倍為回饋金額；每年回饋金額以 700 萬元為上限。
 - 2. 若 $AE > VC$ 或 $AE < VC$ 且兩者差額的 0.8 倍少於 200 萬元者，則給付健康管理費 200 萬元。

3. 須自訂 5-10 項照護過程面之品質提升項目，占金額回饋比率 20%，於期滿依達成比率給予，以鼓勵院所提升醫療服務品質。

三、C 型支付方案

- (一) 與 A 型之 (一) 相同。
- (二) 前述 A 型、B 型兩種支付方式混合，不得新創支付項目與費用，由社區醫療群與本局各分局協商，全年計畫總經費：參與計畫第一年以 350 萬元為上限，第二年以 300 萬元為上限，第三年以 250 萬元為上限(以 93 年加入為第一年)。

捌、預期效果及影響

一、民眾方面：

- (一) 可獲得 24 小時電話諮詢服務。
- (二) 可獲得整體性的初級醫療與預防保健。
- (三) 可獲得基層門診轉介住院的持續性照顧。
- (四) 建立良好的醫病關係，享受優質醫療服務。

二、醫療提供者方面：

- (一) 提供高品質的家庭醫師照護，贏得病患與家屬信任及卓越的聲譽。
- (二) 專業自主性增強。
- (三) 建立整合性照護網，促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用。
- (四) 建立基層診所與醫院之合作關係。

玖、計畫評核指標

一、費用支付評核指標

參與計畫之社區醫療群，不論建立醫療照護品質提升及轉診機制與費用支付採取何種方案，皆以下列項目作為費用支付評核指標，每項指標佔率按指標總數平均計算，如未達指標目標值時以比例核算，惟未達該項指標目標值 80% 時，本項費用不予支付。

社區醫療群於第 1 (2) 年合約期滿，協商下年度計畫時，若原成員有變動者，只要重組的社區醫療群成員中，有 1/2 以上醫師為第 1 (2) 年計畫成員時，即應依第 2 (3) 年計畫訂定指標值。

(一) 家戶建檔管理比率：指定家庭醫師之會員家戶資料建檔管理比率達 100% 。

(二) 會員指定率：

1. 參與計畫第 1 年：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 10% 以上。
2. 參與計畫第 2 年：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 12% 以上。
3. 參與計畫第 3 年以上：會員指定家庭醫師之比率達該社區醫療群該年看診總人數的 13% 以上。
4. 以上各年目標值若大於該社區醫療群每年照護會員人數上限時，則會員人數需達該社區醫療群每年會員照護人數之上限。

(三) 會員固定就診率：會員全年 60% 之西醫門診均就診於該社區醫療群。

(四) 基層醫師團隊同意收案之民眾，其門診就診之年平均次數（扣除預防保健、65 歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算）較全國民眾平均就診次數減少 0.3 次。

(五) 預防保健達成率：會員接受健保成人預防保健服務、子宮

頸抹片檢查比率為 50% 以上，或與所屬健保分局轄區內之所有民眾相較（以前 1 年受檢率為比較基準）其接受健保成人預防保健服務、子宮頸抹片之比率超過 10% 以上。

(六) 社區醫療群得依當地實際醫療需要，與本局各分局訂定 1~2 項費用評核指標項目。例如：

1. 疾病管理指標：以糖尿病為例，對於患有糖尿病之會員，其糖化血色素（HBA_{1c}）應予控制良好。
2. 西醫基層總額支付制度品質確保方案之中長程指標。

二、計畫執行期間評核與計畫期滿續約標準

(一) 計畫執行期間評核

本局各分局應於各計畫核可實施 3 個月後，針對各社區醫療群的家戶（個人）同意書（[每年均需經會員簽名確認](#)）、資訊系統與家戶（個人）資料建檔（[會員資料要更新](#)）、共同照護門診開診（個案研討與衛教宣導）與轉診作業、24 小時緊急諮詢專線建置與使用、社區醫療群間的協調連繫等情形進行輔導作業，若發現社區醫療群之運作不符合本計畫精神者，應輔導限期改善，經輔導 3 個月仍未改善或仍不符本計畫精神者，本局將終止計畫合約，且 2 年內不得再加入計畫。

(二) 計畫期滿續約標準

社區醫療群所提供之醫療服務如未達本計畫要求者（費用支付評核指標），除依比例核付費用外，若會員指定率未達該年目標值者（依計畫第 1 個月至第 9 個月的家戶會員就醫資料計算）[本局不予續約](#)；或[達前述續約標準，但經本局各分局審核不予續約者](#)，本局將不續約，且該社區醫療群各特約院所應退出本計畫，2 年內不得再加入計畫。

拾、計畫管理機制：

- 一、 本局醫務管理處負責協調總體計畫架構模式與修正。
- 二、 本局各分局負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表（如總額執行單位）協助參與、輔導及評估。
- 三、 各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出試辦計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。

拾壹、計畫申請方式

參與計畫之社區醫療群應檢附計畫書向本局各分局提出申請，經本局各分局同意並簽訂合約後實施，合約以 1 年為限。

拾貳、實施期程及評估

- 一、 各計畫點應於計畫執行後，每半年提送執行報告（包含緊急諮詢專線之使用情形、計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形）至本局各分局。另實施業滿 2 年之試辦點，嗣後得每年提送乙次報告。
- 二、 本局將彙整各計畫地點所提執行報告，進行整體執行成效之評估（其中包含 24 小時電話諮詢專線之使用情形，會員就診情形等之分析），作為繼續或全面實施之依據。

三、參考表單-1

社區醫療體系個人健康資料(*註記為必填欄位)

戶號：(不用填)	*姓名：	*身分證字號：		
*民國 年 月 生	*性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*電話：()		
血型：	手機：	e-mail：		
*戶籍地址：郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
*通訊地址：郵遞區號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
*教育程度：	<input type="checkbox"/> 國小或以下 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所或以上 <input type="checkbox"/> 其他_____			
*婚姻狀況：	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 離婚			
*職業：	<input type="checkbox"/> 士 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他_____			
宗教信仰：	<input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他_____			
個人健康評估				
*慢性問題：	病名	為期時間	病名	為期時間
	<input type="checkbox"/> 高血壓		<input type="checkbox"/> 氣喘	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 慢性肺疾病	
	<input type="checkbox"/> 腎臟病		<input type="checkbox"/> 消化性潰瘍	
	<input type="checkbox"/> 缺血性心臟病		<input type="checkbox"/> 功能性腸胃問題	
	<input type="checkbox"/> 心律不整		<input type="checkbox"/> 視力衰退	
	<input type="checkbox"/> 心臟衰竭		<input type="checkbox"/> B型肝炎	
	<input type="checkbox"/> 腦血管疾病		<input type="checkbox"/> C型肝炎	
	<input type="checkbox"/> 腫瘤		<input type="checkbox"/> 甲狀腺腫	
	<input type="checkbox"/> 貧血		<input type="checkbox"/> 癲癇	
	<input type="checkbox"/> 關節炎		<input type="checkbox"/> 精神疾病	
	<input type="checkbox"/> 高膽固醇血症		<input type="checkbox"/> 攝護腺肥大	
	<input type="checkbox"/> 痛風或高尿酸血症		<input type="checkbox"/> 皮膚病	
	<input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 其他	
婦女諮詢：	懷孕次數 (G) 次 生產次數 (P) 次			
	月經史：初經時間_____歲			
	生理週期：規律 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，平均_____天一次			
	每次經期天數 天 經痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
*長期用藥：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 藥物名稱_____			
*藥物過敏：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 藥物名稱_____			
*食物過敏：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 食物名稱_____			
身心疾病：	<input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 智能不足 <input type="checkbox"/> 精神分裂 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 其他			
吸煙狀態：	<input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 朋友敬菸或應酬才吸菸 <input type="checkbox"/> 平均一天約吸一包菸(或以下)			
	<input type="checkbox"/> 平均一天吸一包菸以上			
健檢：	<input type="checkbox"/> 小孩 <input type="checkbox"/> 婦女 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 老人 最近一次時間_____			
預防注射：	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> measle <input type="checkbox"/> JBE <input type="checkbox"/> Toxoid <input type="checkbox"/> Varicella			
	<input type="checkbox"/> Pneumo <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> AB型肝炎混合疫苗 <input type="checkbox"/> Others			

門診診療紀錄

No.	診斷	用藥	就診日期	備註

急診診療紀錄

No.	診斷	用藥	就診日期	備註

住院診療紀錄

No.	診斷	用藥	住院日期	出院日期	住院地點	備註

預防保健服務紀錄

No.	檢查日期	健康檢查項目	健檢特約單位

參考表單-2

家戶檔案(*註記為必填欄位)

戶號：(不用填)		地區：			
*住址：郵遞區號 □□□			*電話：()		
*緊急聯絡人		手機			
*家庭成員					
編號	姓名	稱謂	出生年月日 (民國)	慢性健康問題	其他(危險因子)
01					
02					
03					
*家族病史 (Family History)			*家族譜 (Family Pedigree)		
<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 畸形 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 過敏症 <input type="checkbox"/> 出血素質 <input type="checkbox"/> 其他					
家庭功能 (Family APGAR)			*家庭生活週期 (Family life Cycle)		
日期	得分	備註	<input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童的家庭 <input type="checkbox"/> 有青少年子女的家庭 <input type="checkbox"/> 子女出外創業的家庭 <input type="checkbox"/> 空巢期 <input type="checkbox"/> 老化的家庭 <input type="checkbox"/> 其他		

填表日期： 年 月 日

參考表單-3

社區醫療體系全民健康保險 院(所)轉診單(轉入至 院所)
 保險醫事服務機構代號：

原診	保險對象基本資料	姓名	性別	出生	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
治歷	摘要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)			D.藥物過敏史：		
		B.診斷		ICD-9Code	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：					
療目的	院所	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"/> 其他			
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療					
		院所住址			傳真號碼：		
					電子信箱：		
所	醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章		
		轉診日期		年 月 日	有效期限	年 月 日止	
		建議轉診院所及醫師			轉診院所地址及專線電話		地址： 電話：
		醫院 科 醫師					
接受轉診醫療院所	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，建議事項如下欄					
		治療摘要		1. 主診斷 ICD-9Code：		2. 治療藥物或手術名稱	
				病名：		3. 轉助診斷之檢查結果	
		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

參考表單-4

社區醫療體系全民健康保險

院(所)轉診單(轉出)

保險醫事服務機構代號：

接 受 轉 診 醫 療 院 所	保險對象基本資料	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						
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-9Code		病名			
轉 診 結 果	1. (主診斷)		2. 死亡					
	2.		3. <input type="checkbox"/> 其他					
醫 療 院 所	3.		4. <input type="checkbox"/> 病情惡化 <input type="checkbox"/> 須特殊檢查 <input type="checkbox"/> 須專科治療 <input type="checkbox"/> 病人或家屬要求					
	C.檢查及治療摘要		1.最後一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱			
院 所 住 址	1.最後一次檢查結果		日期：		日期：			
	報告：		E.建議事項					
診 治 醫 師	1. <input type="checkbox"/> 痊癒		2. <input type="checkbox"/> 穩定可出院					
	3. <input type="checkbox"/> 須轉院		原因：					
轉 出 日 期	院所		傳真號碼：					
	住址		電子信箱：					
原 診 治 醫 療 院 所	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章				
	轉出日期	年 月 日	有效期限	年 月 日止				
診 治 醫 師	院所名稱		電話：	電子信箱				
			傳真：					
原 診 治 醫 療 院 所	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期		年 月 日		