

(驗光所名稱) 轉介單

驗光所機構代碼：_____

交付日期：____年____月____日

基本資料

姓名：_____

年齡：_____ (生日：民國____年____月____日)

驗光日期：民國____年____月____日

驗光師(生)簽章：_____

連絡電話：_____

轉介摘要：

主要問題

驗光發現

其他問題

註：為預留眼科醫師詳細檢查時間，請至少提早一小時至醫療機構，並於報到(掛號)時先出示轉介單，以利相關作業。

轉 介 回 條

醫療機構名稱：_____

看診日期：____年____月____日

姓名：_____

生日：民國____年____月____日

診斷：

建議：

眼科醫師簽章：

連絡電話：

註：請眼科醫師完成轉介單檢查確診任務後，建議病人返回原轉介之驗光所配鏡。