

# 衛生福利部 令



發文日期：中華民國106年4月13日

發文字號：衛部保字第1061260160號

附件：「全民健康保險轉診實施辦法」修正條文pdf檔(1061260160-1.pdf、1061260160-2.pdf)

修正「全民健康保險轉診實施辦法」部分條文。

附修正「全民健康保險轉診實施辦法」部分條文

## 部長陳時中

# 全民健康保險轉診實施辦法修正條文

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，繼續接受治療。

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療之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

第 五 條 特約醫院、診所應與其他特約醫院、診所建立雙向轉診作業機制。

特約醫院、診所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。

第 六 條 特約醫院、診所對符合需要轉診之保險對象，應開立轉診單；並得於開立前，先洽接受轉診之特約醫院、診所提供就醫日期、診療科別及掛號等之就醫安排。

前項轉診單有效期間，自開立之日起算，至多九十日。

保險對象接受轉診，以轉診單所載之特約醫院、診所為限。

保險對象因不可歸責之因素，無法依轉診單所載就醫日期就醫者，得逕洽接受轉診之特約醫院、診所辦理，另行安排就醫日期。

第 七 條 前條之轉診單，其內容應包括下列事項，並經開立之醫師簽章(如附表二)。

一、保險對象基本資料。

- 二、病歷摘要或處置情形。
- 三、轉診目的。
- 四、開立日期及有效期限。
- 五、建議轉至之特約醫院、診所名稱、地址、電話及診療科別。

採用電子轉診單者，特約醫院、診所應將電子轉診單傳輸至接受轉診之特約醫院、診所，並視保險對象需要，列印一份送交保險對象，由其交付予接受轉診之特約醫院、診所併入病歷留存。

第一項之轉診單，特約醫院、診所宜使用保險人建立之電子轉診平台傳送。

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療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原診療之特約醫院、診所。

保險對象轉診後，接受住院診療者，接受轉診之特約醫院應於其出院後，將出院之病歷摘要，回復原診療之特約醫院、診所。因病情需要，需繼續治療、追蹤治療者，應一併告知。

第十一條 保險對象具有下列情形之一者，視同轉診，但無需持轉診單：

- 一、門診、急診手術後之首次回診。
- 二、前款以外，持轉診單就醫後，因轉診之傷病經醫師認定需繼續門診診療，自轉診就醫之日起一個月內未逾四次之回診。
- 三、分娩出院後六星期內之首次回診。
- 四、前款以外，住院出院後一個月內之首次回診。
- 五、於無特約診所之鄉（鎮、市、區），逕赴該鄉（鎮、市、區）之特約醫院就醫。

前項第一款到第四款回診，以返回接受轉診之特約醫

院、診所就醫為限，並由該接受轉診之特約醫院、診所自行開立證明予保險對象，或依其就醫紀錄逕行認定回診事實，作為視同轉診之依據。

第十四條 特約醫院、診所依本辦法辦理轉診，有需改善之情事者，保險人應通知限期改善；屆期未改善，應依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，予以違約記點。

# 全民健康保險轉診實施辦法附表二修正規定

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 院	保險對象基本資料	姓 名 性 別		出 生 日 期			身 分 證 號				
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日						
		聯 絡 人		聯 絡 電 話		聯 絡 地 址					
療 醫 院	醫 院 要 點	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					
診 所	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							
		轉診目的									
所	醫 生	院所住址			傳真號碼：			電子信箱：			
		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		科 診 號	
		建議轉至院所		名稱：(必填)		科別：(必填)		醫師：			
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處 理 情 形	地址：		電話：							
		有效期限：		年 月 日							
		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							
院 所	治 療 摘 要	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							
		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：				
醫 生	診 治 醫 師	姓名		科別		醫師簽章		回覆日期		年 月 日	

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存

第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所

※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