全民健康保險　　院(所)轉診單(轉診至　　院所)

ประกันสุขภาพประชาชน
หนังสือย้ายสถานพยาบาล
(ย้ายไปยังโรงพยาบาล　　)

保險醫事服務機構代號：
รหัสของหน่วยบริการประกันการรักษา:

原診醫院所	保險對象基本資料 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยนอก	姓名 ชื่อ-นามสกุล	性別 เพศ	出生 วันเกิด	病歷號碼 รหัสประวัติผู้ป่วย
			□男　□女 ชาย หญิง	民國(前)　年　月　日 ปีหมินกั๋ว(ก่อน) ปีเดือน วันที่	
		身分證號 หมายเลขบัตรประชาชน	聯絡電話 หมายเลขโทรศัพท์	聯絡人 บุคคลที่สามารถติดต่อได้	聯絡地址 ที่อยู่ในการติดต่อ

第一聯：轉回原轉診醫院、診所留存（黃色）

	病歷摘要 ประวัติการป่วยโดยสังเขป	**A.**病情摘要(主訴及簡短病史) อาการป่วยโดยสังเขป (บอกประวัติการป่วยคร่าวๆ) **B.**診斷 **ICD-9Code** 病名 วินิจฉัย ICD-9 Code ชื่อโรค 1.(主診斷) (ผลวินิจฉัยหลัก) 2. 3. **C.**檢查及治療摘要ข้อมูลการตรวจและรักษาพอสังเขป 1.最後一次檢查結果 2.最近一次用藥或手術名稱 ผลการตรวจครั้งล่าสุด ชื่อการผ่าตัดหรือชื่อยาที่ใช้ครั้งล่าสุด 日期วันที่ : 日期วันที่ : 報告รายงาน : **D.**藥物過敏史ประวัติการแพ้ยา : E. 建議事項ข้อเสนอแนะ :
	轉診目的 จุดประสงค์ในการย้าย	1.☐急診治療รักษาฉุกเฉิน 4.☐進一步檢查，檢查項目ตรวจสอบเพิ่มเติม 2.☐住院治療รักษาแบบพักโรงพยาบาล 5.☐其他อื่นๆ 3.☐門診治療รักษาผู้ป่วยนอก

	所址院住 ที่อยู่สถานพยาบาล							傳真號碼： หมายเลขแฟกซ์ : 電子信箱： อีเมล์ :	
	治師診醫 แพทย์ผู้ทำการรักษา	姓名 ชื่อ-สกุล		科別 แผนก		絡話聯電 โทรศพท์ :		師章醫簽 แพทย์ลงชื่อประทับตรา	
	診期轉日 รนทย้ายโรงพยาบาล	年 月 日 ปี เดือน รนที				有效期限 มีผลถึงรนที่		年 月 日止 ปี เดือน รนที	

<table>
<tr><td></td><td>建議轉診院所科別及醫師
โรงพยาบาลแผนกและแพทย์ผู้แนะนำการย้ายโรงพยาบาล</td><td>醫院 科 醫師
โรงพยาบาล แผนก แพทย์</td><td>轉診院所地址及專線電話
ที่อยู่โรงพยาบาลที่ย้ายและหมายเลขโทรศัพท์</td><td>地址：
ที่อยู่ :
電話：
โทรศัพท์ :</td></tr>
<tr><td rowspan="3">接受轉診醫院診所สถานพยาบาลที่รับเรื่องย้าย</td><td>處理情形
วิธีการจัดการ</td><td colspan="3">1.☐已予急診處置並轉診 醫院
ได้ให้การรักษาฉุกเฉินและย้ายไปยังโรงพยาบาล:
2.☐已予急診處置，並住本院病房 治療中
ได้ให้การรักษาฉุกเฉินและพักในโรงพยาบาลที่ห้อง:
3.☐已安排住本院 病房治療中
ให้จัดให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ห้อง:
4. ☐已安排本院 科門診治療中
ได้จัดให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนก:
5.☐已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下欄
ได้ทำการดูแลอย่างเหมาะสมและส่งคืนโรงพยาบาลเดิมโดยมีข้อแนะนำตั้งนี้ :</td></tr>
<tr><td>治療摘要
ข้อมูลการรักษาโดยสังเขป</td><td colspan="3">1.主診斷 2.治療藥物或手術名稱 3.轉助診斷之檢查結果
ผลวินิจฉัย
ชื่อของการผ่าตัดหรือย่าที่ใช้รักษา
ผลตรวจของการวินิจฉัยเสริม

ICD-9Code：
病名：
ชื่อโรค:</td></tr>
<tr><td>院所名稱
ชื่อสถานพยาบาล</td><td></td><td>傳真號碼：
หมายเลขแฟกซ์ :
電子信箱：
อีเมล์ :</td><td></td></tr>
</table>

	診治醫師 แพทย์ผู้รักษา	姓名ชื่อ-สกุล		科別แผนก		醫師簽章 แพทย์ประทับตรา		回覆日期 วันส่งเรื่องคืน	年 月 日 ปี เดือน วันที่

※本轉診單限使用乙次

※

หนังสือย้ายสถานพยาบาลจำกัดให้ใช้ได้เพียงครั้งเดียว

全民健康保險　　院(所)轉診單(轉回)

ประกันสุขภาพประชาชน

หนังสือย้ายสถานพยาบาล (ย้ายกลับ)

保險醫事服務機構代號：

รหัสของหน่วยบริการประกันการรักษา:

接受轉診醫院診所 สถานพยาบาลที่รับเรื่องย้าย	保險對象基本資料 ข้อมูลพื้นฐานผู้ทำประกัน	姓名 ชื่อ-นามสกุล	性別 เพศ	出生 วันเกิด	病歷號碼 รหัสประวัติผู้ป่วย
			□男 □女 ชาย หญิง	民國(前) 年 月 日 ปีหมินก๋ว(ก่อน) ปีเดือน วันที่	
		身分證號 หมายเลขบัตรประชาชน	聯絡電話 หมายเลขโทรศัพท์	聯絡人 บุคคลที่สามารถติดต่อได้	聯絡地址 ที่อยู่ในการติดต่อ
	病歷摘要 ประวัติการป่วยโดยสังเขป	**A.**病情摘要(主訴及簡短病史) อาการป่วยโดยสังเขป (ประวัติการป่วยคร่าวๆ) ประวัติการแพ้ยา: **B.**診斷 **ICD-9Code** 病名 B.วินิจฉัย ICD-9 Code ชื่อโรค 1.(主診斷) (ผลวินิจฉัยหลัก) 2. 3. **C.**檢查及治療摘要 C.ข้อมูลการตรวจและรักษาพอสังเขป 1.最後一次檢查結果 2.最近一次用藥或手術名稱 ผลการตรวจครั้งล่าสุด ชื่อการผ่าตัดหรือชื่อยาที่ใช้ครั้งล่าสุด 日期： 日期： วันที่ : วันที่ : 報告： รายงาน **E.** 建議事項ข้อเสนอแนะ			

第一聯：轉回原轉診醫院、診所留存（黃色）

<table>
<tr><td>轉診結果
ผลของการย้ายสถานพยาบาล</td><td colspan="8">1.□痊癒 หายป่วย 2.死亡เสียชีวิต
3.□穩定可出院สามารถออกจากโรงพยาบาลได้
4.□其他 อื่นๆ
5.□須轉院原因 ต้องย้ายโรงพยาบาล:
□病情惡化 □須特殊檢查 □須專科治療 □病人或家屬要求
อาการแย่ลง ต้องตรวจเป็นพิเศษ
ต้องรักษาเฉพาะด้าน
คำร้องขอจากผู้ป่วยหรือครอบครัว</td></tr>
<tr><td>院所住址
ที่อยู่สถานพยาบาล</td><td colspan="6"></td><td>傳真號碼
หมายเลขแฟกซ์:
電子信箱
อีเมล์:</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">診治醫師
แพทย์ผู้ทำการรักษา</td><td>姓名
ชื่อ-สกุล</td><td></td><td>科別
แผนก</td><td></td><td>聯絡電話
โทรศัพท์</td><td></td><td>醫師簽章
แพทย์ลงชื่อประทับตรา</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>轉出日期
รนทีย้ายโรงพยาบาล</td><td colspan="3">年 月 日
ปี เดือน
รนที</td><td>有效期限
มีผลถึงรนที</td><td colspan="2">年 月 日止
ปี เดือน
รนที</td></tr>
<tr><td rowspan="2">原診治醫院診所สถานพยาบาลเดิม</td><td>院所名稱
ชื่อสถานพยาบาล</td><td colspan="2"></td><td>電話：
โทรศพท์
傳真：
แฟกซ์：</td><td colspan="2"></td><td>電子信箱
อีเมล์：</td><td></td></tr>
<tr><td>診治醫師
แพทย์ผรกษา</td><td>姓名
ชื่อ-สกุล</td><td></td><td>科別
แผนก</td><td></td><td>醫師簽章
แพทย์ประหบตรา</td><td></td><td>回覆日期
รนส่งเรืองคืน</td><td>年 月 日
ปี เดือน
รนที</td></tr>
</table>

※本轉診單限使用乙次

※

หนังสือย้ายสถานพยาบาลจำกัดให้ใช้ได้เพียงครั้งเดียว