

# 健康好 young 整合性篩檢計畫 轉介單

原 診 治 醫 院 診 所	基本資料	姓 名	性 別	出 生 日 期		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民 國 年 月 日		
		身 分 證 號	連 絡 電 話	連 絡 地 址		
	篩檢結果異常情形摘要					
	轉診醫師			轉診日期		
接 受 轉 介 醫 院 診 所	診 治 方 案	<input type="checkbox"/> 建議住院	<input type="checkbox"/> 建議門診治療	<input type="checkbox"/> 初診後轉診回原院所		
		1. 初步診斷  2. 檢驗項目  3. 治療				
	醫院診所名稱			接受轉介醫師		轉介日期

\*第一聯 篩檢單位轉介受檢民眾通知聯(白色)。

第二聯 接受轉介單位留存聯(黃色)。

第三聯 衛生局留存聯(桃色)。

\*本轉介單限使用 1 次

\*轉介各醫院及診所優惠措施詳見健康手冊第 57 頁

\*轉介至醫院及診所時，請攜帶本轉介單及檢查報告單