



中山醫學大學附設醫院
Chung Shan Medical University Hospital

口腔醫學門診部轉診單

病人姓名：_____ 出生日期：_____年_____月_____日 性別：_____ 轉診日期：_____年_____月_____日

一. 原轉診單位之資料

1. 原轉診醫療院所、代碼 _____ 2. 原轉診醫師簽章 _____
 就醫日期 _____ 電話 _____
 院所地址 _____ FAX _____

二. 病患基本資料

1. 姓名 _____ 2. 性別 _____ 3. 出生年月日 _____
 4. 身份證號碼 _____ 5. 卡號 _____ 6. 病歷號碼 _____

三. 轉診科目項目 (請在簽選後之科別、項目上，加蓋私章)

1. 牙髓病科：
 a. 重新治療 b. 根管鈣化 c. 器械斷裂殘留 d. 症狀不消 e. 彎曲根管
 f. 穿通牙根管 g. 根尖形成術 h. 手術
 2. 口腔顎面外科
 3. 牙周病科
 4. 兒童牙科
 a. 行為管理困難 b. 全身性疾病 c. 牙髓病科轉診項目 d. 口腔外科轉診項目
 5. 矯正牙科
 6. 牙體復形科：後牙樹脂填補

四. 轉診原因 (自由填寫)

五. 備註：

1. 原轉診單位資料、轉診科別、項目須填具齊全，否則不予轉診加成。
 2. 轉診加成要件項目，請轉診醫師簽章。
 3. 轉診單開立三十日內應至受轉診加成之醫療院所就診。

六. 雙向轉診之回覆表

1. 病患之姓名 _____ 身份證號碼 _____
 2. a. 接受轉診之醫事機構代號：1317040011
 醫療單位：中山醫學大學附設醫院口腔醫學門診部 b. 診治之醫師簽章 _____
 3. 治療過程
 a. 治療日期 _____年_____月_____日至_____年_____月_____日
 b. 治療經過與建議 _____

4. 最終處理

- a. 轉回原轉診單位繼續假牙磨復工作或其他治療
 b. 繼續門診追蹤治療待完成治療後再轉回原轉診單位繼續假牙磨復工作或其他治療
 c. 其他

文心院區：台中市南區建國北路一段110號 TEL：(04)2471-8668

本單一式三联：第一联(白)及第二联(藍)蓋妥原轉診院所及醫師印章後讓病患持往中山醫學大學附設醫院口腔醫學門診部掛號櫃台，第三联(紅)原診療醫療院所留存