

附件 6

全民健康保險高診次者藥事照護計畫
社區藥局轉介病人到地區醫院或社區醫療群診所就診轉介單

社區藥局填寫資料欄	病人基本資料	姓名			性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡：	歲	
		身份證號			聯絡人			關係：
		聯絡電話			住址			
	藥師建議就診原因說明	<input type="checkbox"/> 病人屬病情穩定之慢性病患且於區域醫院層級(含)以上就醫者。 慢性疾病名稱：_____，_____，_____						
		<input type="checkbox"/> 病人因購買保健食品，藥師發現可能有需要醫師診斷的醫療問題。 <input type="checkbox"/> 病人希望就近就醫。 <input type="checkbox"/> 其他：_____						
	病人概況(Subjective、Objective)，藥師如何發現問題：							
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 檢附目前用藥及過敏藥品記錄 建議日期：_____年____月____日							
	藥局基本資料	藥局名稱			藥局地址			
		藥師姓名	聯絡電話		E-MAIL		傳真	
建議就診醫療院所/科別		醫師姓名		醫療院所地址				
就診醫療院所回覆欄	處理情形							
	建議事項							
	院所名稱				聯絡電話			
	醫師姓名	科別		醫師簽章		回覆日期		