**FHIR 看診流程處理的資訊—簡易版**

**a.1 新增及查詢病人基本資料(patient and organization)**

在醫院資訊系統或個人健康照護系統新增及查詢病人。包含Patient resource id、 identifier, patient name之規格。

**a.2. 初診個人健康紀錄問卷**

病人初診前可自行上網(或照護人員)撰寫個人基本資料(patient)，及健康狀況表單(observations and conditions)。 初診就醫時可匯入醫院系統，可讓醫護人員更精確掌握病人狀況，並節省醫護人員填寫初診單的時間。

**a.3 掛號**

診所或醫院提供門診時間表(schedule/slot)，民眾之預約掛號紀錄(Appointment / AppointmentResponse)

**a.4 報到 (encounter):** encounter紀錄就醫過程人、事、時、地、物相關資訊

**b.處方**

medication prescription: MedicationRequest

Referrals: ReferralRequest, ProcedureRequest

Orders: NutritionOrder, VisionPrescription

**c. 診斷報告(DiagnosticReport)、處置紀錄(Procedure)、評估問卷(Questionnaire\ QuestionnaireResponse)**

註:

1.處方、診斷報告、與處置紀錄、評估問卷會參考到病人及就醫(encounter) 的 id，類似傳統資料庫之關聯，以利資料管理及搜尋

2.診斷報告、處置紀錄、評估問卷會參考到各式處方