

## 特殊需求者牙科醫療服務轉介單

病患姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 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. 就醫日期\_\_\_\_\_ 3. 原轉診醫師簽章\_\_\_\_\_
4. 院所地址  
\_\_\_\_\_
5. 電話\_\_\_\_\_ 6. 傳真\_\_\_\_\_

### 二、病患基本資料

1. 姓名\_\_\_\_\_ 2. 性別\_\_\_\_\_ 3. 出生年月日  
\_\_\_\_\_
4. 身份證字號\_\_\_\_\_ 5. 卡號\_\_\_\_\_ 6. 病歷號碼  
\_\_\_\_\_
7. 障礙類別與等級\_\_\_\_\_
8. 注意事項 ☐有傷人或暴力行為 ☐有自殘意念 ☐其他\_\_\_\_\_

### 三、轉診原因(自由填寫)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 四、雙向轉診之回覆表

1. 病患姓名\_\_\_\_\_ 2. 身份證字號\_\_\_\_\_
3. 接受轉診之醫事機構資料
  - (1) 代號\_\_\_\_\_
  - (2) 醫療單位\_\_\_\_\_ (3) 診治醫師簽章\_\_\_\_\_

#### 4. 治療過程

(1) 治療日期 \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(2) 治療經過與建議

---

---

#### 五、牙科處置報告或意見

☐ (1) 已處置結束，不需回診。

☐ (2) 需持續回診(○一般門診 ○全身麻醉門診)

☐ (3) 其他