

新北市\_\_\_\_\_（衛生所/特約醫療院所全銜）轉介單

本院所發現個案有下列症狀，轉請 貴院診治，請填寫就診情況，並惠予回覆本院所（聯絡電話：\_\_\_\_\_；聯絡人：\_\_\_\_\_），以便追蹤管理，謝謝您的協助！

個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 身分證字號：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 電話：\_\_\_\_\_

住 址：\_\_\_\_\_縣\_\_\_\_\_（鄉鎮市）\_\_\_\_\_里（村）\_\_\_\_\_

轉介原因：

- 尿路感染或泌尿系統問題
- VDRL 陽性
- anti HIV 陽性
- Hb-EP 異常
- 家族中有罕見疾病的遺傳
- 子宮頸抹片檢驗結果異常
- 精液檢驗結果異常
- 重大疾病：\_\_\_\_\_
- 其他

轉診科別： 一般內科  心臟內科  新陳代謝科  婦產科  
 生殖醫學科  其他

轉介日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 轉介者簽名：\_\_\_\_\_

---

---

**診療結果**

醫療院所名稱：\_\_\_\_\_

就醫日期：\_\_\_\_\_

醫師診斷結果：

醫師建議事項：

醫師簽章：\_\_\_\_\_

