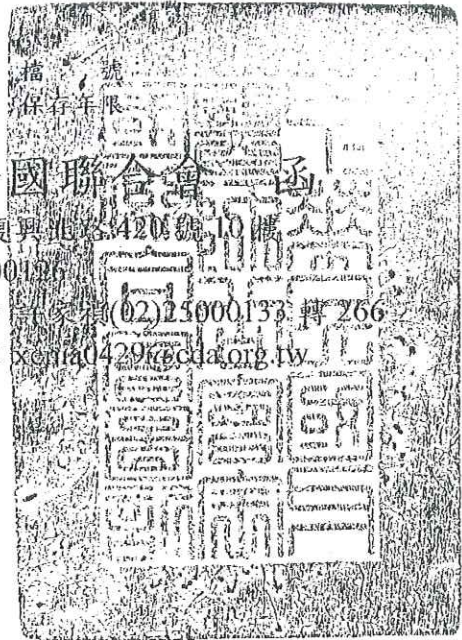


201

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號10樓
 傳真：(02)25000137
 聯絡人及電話：許家楨(02)25000138 轉266
 電子郵件信箱：xcnfa0429@cda.org.tw



受文者：詳如正本收受者
 發文日期：中華民國 106 年 3 月 22 日
 發文字號：牙全聰字第 3766 號
 速別：速件
 密等及解密條件或保密期限：
 附件：詳如說明段

主旨：檢送「牙醫門診分科轉診加成」相關表單，詳如說明段，
 ，敬請周知會員，請 查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署 106 年 3 月 14 日健保醫字第 1060032836 號函辦理。
- 二、牙醫門診分科轉診加成作業於 106 年 3 月 1 日起納入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫通則，其「牙醫門診總額接受分科轉診之醫療院所申請書」及「牙醫醫療院所轉診單」等相關表單（詳附件），衛生福利部中央健康保險署已同意備查，敬請各縣市牙醫師公會周知所屬會員。
- 三、相關表單內容電子檔已建置於本會網站（www.cda.org.tw），路徑：新聞資訊 > 最新消息，可供下載使用。

正本：各縣市牙醫師公會、牙醫門診醫療服務審查執行會六區審查分會

牙醫全聯會
 校對章(265)

理事長 **陳義聰**

本業依照分層負責規定
 授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委 決行

106.3.21	收文
<input type="checkbox"/> 存查	<input checked="" type="checkbox"/> 轉知
PO 納	擬辦
光 3/2	簽名

牙醫門診總額接受專科轉診之醫療院所申請書(以院所為單位)

申請日期：_____

一、醫療院所名稱：_____ 醫事機構代號：_____

二、醫療院所所屬等級（依支付標準表處置等級 ABC 區分）

A 醫學中心、區域醫院 B 地區醫院 C 基層診所

三、負責醫師（醫院請填牙科主任）：_____

四、電話：() _____ 傳真：() _____

五、地址：□□□□ _____

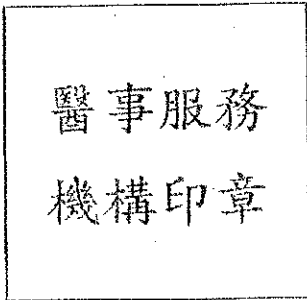
六、申請醫師(欄位不夠可自行增加)

醫師姓名	身分證字號	轉診科別	申請類別 <small>(申請異動者請註明內容及日期)</small>
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____
			<input type="checkbox"/> 新申請 <input type="checkbox"/> 異動 _____ / ____ / ____

七、檢附通則三、(一)醫師資格之相關證明。

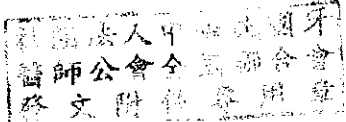
八、特殊設備（診所填寫，醫院免填）

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____



備註：

1. 申請程序：每月 5 日前郵寄核備申報單+相關證書至牙醫全聯會(104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收)，由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核備並同時副知院所，於次月 1 日起核備被轉診醫師資格。
2. 健保署依院所別+醫師別核備資格，故同位醫師支援不同院所需分開提出申請。
3. 醫師如有執業執照異動、離職或院所變更醫事機構代號，將影響申報資格，需重新填寫申請書，並註明異動日期及內容，按備註 1 之申請程序提出異動申請。



牙醫醫療院所轉診單

開單日期：

原診療 醫療院所	院所名稱：		電話：		醫師 簽章
	醫事機構代碼：		傳真： <input type="checkbox"/> 無		
	院所地址：				
保險對象 基本資料	姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	身分證字號：		出生日期：民國(前) 年 月 日		
	聯絡電話：		聯絡人：		關係： <input type="checkbox"/> 無
	聯絡地址：				
轉診科別 項目	<input type="checkbox"/> 1.牙髓病科 <input type="checkbox"/> 2.口腔顎面外科/口腔診斷/口腔病理/顛顎關節障礙 <input type="checkbox"/> 3.牙周病科 <input type="checkbox"/> 4.牙體復形科 <input type="checkbox"/> 5.兒童牙科 <input type="checkbox"/> 6.身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所				
	A.病情摘要(主訴及簡短病史) D.藥物過敏史： B.診斷 ICD-10-CM/PCS 病名 C.檢查及治療摘要				
建議轉診 院所	院所名稱：		電話：		
	科別：	醫師：	傳真： <input type="checkbox"/> 無		
	地址：				
轉診單有效期限：					
接受轉診 醫療院所	治療摘要與建議：				
	治療日期： 年 月 日 至 年 月 日				
	處理結果： <input type="checkbox"/> a.轉回原轉診單位繼續雙向追蹤診察、治療 <input type="checkbox"/> b.繼續門診追蹤治療待完成治療後再轉回原轉診單位 <input type="checkbox"/> c.其他				
	院所名稱：		科別：		醫師 簽章
	醫師：		電話：		
回覆日期：		傳真：			

- 備註：1.轉診單開立三個月內至受轉診加成醫療院所就診方能申報轉診加成。
 2.本轉診單限使用一次。
 3.以上欄位均屬必填。
 4.此轉診單正本交付病人，另外原診療醫療院所及接受轉診醫療院所需影印留存。
 5.接受轉診(轉入)醫療院所需回覆原診療醫療院所。