## 全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫 藥事照護計畫轉介單

轉介日期: 年 月 日

轉介單位填寫欄		個案姓名						性別 □男 □女		ζ	出生年月日			
	個案 基本									聯絡人			關係	
	資料										1971 171			
		1. 病人有用藥認知或用藥問題需專業協助。												
	轉介目的	1.1□請協助病人提升對藥品的認知或正確用藥。												
		1.2□病人有閱讀困難、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況。 1.3□病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況。												
		1.4□其他:(請描述)												
		2. 病人因跨院所就診、甫出院或即將轉介至他院就醫, 有以下相關用藥問題, 需藥師協助輔導並 回饋醫師												
		2.1□進行藥物交互作用、治療禁忌等評估。												
		2.2□協助整合用藥   2.3□追蹤病人療效/用藥反應												
				1:(請推	-									
		3. 美	其他情	<b></b> 清況 :(言	青描述)									
		上法	左:强,	烘饭扣	想的左	(中中)	4 田 徳 2	空 力 飾こ	:未.					
		上述勾選特質相關的疾病/症狀及用藥等之簡述:												
	單位基本資料	健保署	單位	乙名稱						聯絡窗口				
			聯終	含電話		E-mail						<b>.</b>		
		醫療院所	機構名稱			Ţ					醫事機構			
			轉介醫師聯絡窗	姓约	名			身	'份證	字號	*為申報「醫	師轉介費	費」所需資料	,請務必提供
				聯絡領	電話				E-M	ail				
				 姓ź	名			耳		 直話				
				E-M				<u>l</u>						
	<i>₽</i> <b>L</b> ±d	<del>-</del> ^	П	L-1V.							<del></del>			
	欲轉介						藥局							
											會協助媒合			
	電	活: 0	02 -25	595 -38	356 分機	<b>差128</b> 傳	真:02 -	2599 -1	052	E-Mail	: ftpa02@t	aiwan-		
茶	轉介人員/醫師簽										八貝/酱咖煎早:			
藥局回	處理   情形													
	薬局 聯絡								藥師	師		回覆	<u>:</u>	
覆 欄	名稱					電話			姓名	:名 日期 日期				