

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	個案基本資料	個案姓名				性別	☐ 男 ☐ 女		出生年月日				
		身分證字號				聯絡人				關係			
		聯絡電話				住址							
	轉介目的	1. 病人有用藥認知或用藥問題需專業協助。 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 2.4 ☐ 其他：(請描述)_____											
	3. 其他情況：(請描述)												
	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	單位名稱						聯絡窗口				
			聯絡電話				E-mail						
		醫療院所	機構名稱						醫事機構代碼				
轉介醫師			姓名			身份證字號		*為申報「醫師轉介費」所需資料，請務必提供					
			聯絡電話			E-Mail							
聯絡窗口			姓名			聯絡電話							
		E-Mail											
欲轉介藥局名稱				藥局電話				藥師姓名					
☐ 若無合作社區藥局，可逕提交予中華民國藥師公會全國聯合會協助媒合。 電話：02-2595-3856 分機 128 傳真：02-2599-1052 E-Mail：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw													
轉介人員/醫師簽章：													
藥局回覆欄	處理情形												
	藥局名稱			聯絡電話				藥師姓名				回覆日期	

