減少照護機構住民至醫療機構就醫方案調查表

 109.05.22

 本方案□有意願□無意願加入

 有意願請填寫配合貴機構之單一專責醫療機構

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機構名稱 | 預定單一專責醫療機構名稱 | 填表人/ 職稱 | 連絡電話 |
|  |  |  |  |

備註:

1.本方案僅與單一特約醫療機構簽約，由固定醫師專責進行住民健康管理及必要診療

2.如需轉診由簽約醫療機構開立轉診單並使用健保系統電子平台傳送轉診單，住民得外出就

 醫(急診不再此限)

3.本方案尚在草案中，確認後會再行說明