

# 轉介單

驗光所機構代碼： \_\_\_\_\_

交付日期： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 基本資料

姓名： \_\_\_\_\_

年齡： \_\_\_\_\_(生日： 民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)

驗光日期： 民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

驗光師(生)簽章： \_\_\_\_\_

連絡電話： \_\_\_\_\_

## 轉介摘要：

### 主要問題

### 驗光發現

### 其他問題

**註：** 為預留眼科醫師詳細檢查時間，請至少提早一小時至醫療機構，並於報到(掛號)時先出示轉介單，以利相關作業。

## 轉 介 回 條

醫療機構名稱： \_\_\_\_\_

看診日期： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

姓名： \_\_\_\_\_

生日： 民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

診斷：

建議：

眼科醫師簽章：

連絡電話：

**註：** 請眼科醫師完成轉介單檢查確診任務後，建議病人返回原轉介之驗光所配鏡。