**全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫**

附件四

**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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* 1. 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 |  |