

附表二

全民健康保險轉診單

原診		bar code 列印位置		保險對象基本資料		bar code 列印位置	
姓名	性別	出生	生	病	歷	號	碼
身分證號碼	聯絡電話	聯絡地址					
病情摘要(包括主訴病史)							
診斷							
治療摘要(包括檢查結果及治療經過)							
轉診目的		<input type="checkbox"/> 進一步診斷 <input type="checkbox"/> 進一步治療 <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目 <input type="checkbox"/> 其他					
院址		傳真		號碼			
負責醫師		姓名		科別		聯絡電話	
轉診日期		年		月		日	
建議轉診院所		轉診院所地址					
處理情形		<input type="checkbox"/> 已予適當處置並離院 <input type="checkbox"/> 已安排門診治療中 <input type="checkbox"/> 其他					
診療摘要及建議事項		<input type="checkbox"/> 已予處理，建議事項如下欄 <input type="checkbox"/> 已住院治療中					
院所名稱		聯絡電話					
負責醫師		姓名		科別		醫師章	
負責醫師		姓名		科別		回覆日期	
院所		年		月		日	

第一聯：醫院自存

空中救護紀錄表

附表三
年 月 日

患者基本資料

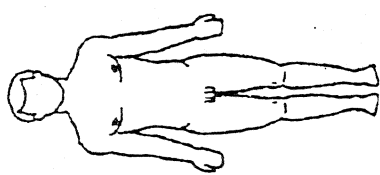
姓名:	
性別:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證號碼:	
電話:	

勤務基本資料 (由申請醫院救護人員填寫)

勤務種類:	<input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 轉院 <input type="checkbox"/> 移植
請求時間	核準時間
離開申請醫院時間	到達後送醫院時間

患者登機前狀況: ☐創傷 ☐非創傷 ☐危險物質事件

診斷	
----	--

神智狀態	E	V	M	圖示	已接受之處置
呼吸道通暢	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 氧氣 L/min
呼吸自主性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 氧氣鼻管 <input type="checkbox"/> 氧氣面罩
速率	<input type="checkbox"/> 10-24	<input type="checkbox"/> > 24	<input type="checkbox"/> < 10		<input type="checkbox"/> 口咽/鼻咽 呼吸道
瞳孔	右	左			<input type="checkbox"/> 氣管內管/氣切管
脈搏		血壓			<input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管
頭頸部					<input type="checkbox"/> 胸管 右/左
					<input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 頭部穩定器
胸部					<input type="checkbox"/> 長背板 <input type="checkbox"/> 短背板
心音					<input type="checkbox"/> 四肢骨折固定
呼吸音					<input type="checkbox"/> 下肢牽引夾板
					<input type="checkbox"/> 抗休克褲
腹部					<input type="checkbox"/> 迴達靜脈管路
骨盆					<input type="checkbox"/> 中心靜脈管路
					<input type="checkbox"/> 骨內注射管路
					<input type="checkbox"/> 動脈管路
					<input type="checkbox"/> 其它導管
					<input type="checkbox"/> 輸液: NS LR R D5W
背部					<input type="checkbox"/> 藥量:
					<input type="checkbox"/>
四肢					
	AB 擦傷	AV 撕離傷			
	BR 瘀傷	B 燒燙傷			
	C 割傷	L 撕離傷			
	P 穿刺傷	S 腫脹			
	+	疼痛	X	壓痛	

空中救護轉診單 附表四

病患基本資料

日期： 年 月 日

姓	性 別		生 日	年	月	日
名	身 份 證 字 號					

<input type="checkbox"/> 現 場	<input type="checkbox"/> 創 傷	床
<input type="checkbox"/> 轉 院	<input type="checkbox"/> 非 創 傷	診 斷

適應症：

- ☐ 創傷指數小於十二。 ☐ 年齡小於五歲，創傷指數小於九。
- ☐ 昏迷指數小於十。
- ☐ 頭、頸、軀幹的穿刺或壓碎傷。
- ☐ 脊椎、脊髓嚴重或已導致肢體癱瘓的創傷。
- ☐ 完全性或不完全性的截肢傷（不含手指、腳趾截肢傷）。
- ☐ 二歲以上（含二歲）之長骨骨折或嚴重骨盆骨折。
- ☐ 二、三度燒傷面積達百分之 或特殊部位：
☐ 顏面 ☐ 會陰燒傷。
- ☐ 溺水，並併發嚴重呼吸系統病症。
- ☐ 器官衰竭需加護治療。
- ☐ 其他，原因：

空中救護出勤時，應有醫師、護理人員或中級救護技術員中至少二名出勤且應攜帶必要之救護用設備。

申請單位

單 位 名 稱	醫 師 / EMT	簽 名	單 位 主 管 簽 名	連 絡 電 話

收受醫院

醫 院 名 稱	醫 師 姓 名	連 絡 電 話

附表五

澎湖縣政府受理民眾申請航空器搭機人員名單						機號：	日期：	年	月	日
姓	名	性 別	出生年月日	身 分 證 字 號	住 址	備 考				

附註：本單一式二份，一聯隨機攜帶，一聯存申請單位。

切 結 書

茲有 搭乘澎湖縣政府承租之救護航空器，願遵守各項
規定，若因搭乘發生意外，遭致損傷或死亡，同意在承攬航空公司投保
理賠範圍之內請求理賠，不對澎湖縣政府作額外之要求。

立切結人
(監護人)：

身分證號碼：

地 址：

中 華 民 國

年

月

日