

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：盧言珮

電話：(02)27527286-122

傳真：(02)27718392

Email：perle@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國107年6月4日

發文字號：全醫聯字第1070000725號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

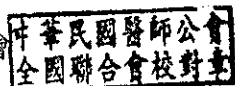
附件：如文

主旨：衛生福利部業於107年5月24日以衛部醫字第1071663150號公告修正驗光人員為6歲以上15歲以下者驗光，發現有特定狀況，或執行業務發現視力不能矯正者，應出(填)具「轉介單」之格式。請轉知所屬，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部107年5月24日衛部醫字第1071663150A號函(如附件)辦理。
- 二、本函刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會
副本：



理事長 邱泰聰

彰化縣醫師公會	
收文日期	107. 6. -6
收文字號	彰醫字第 758 號

(Handwritten signature)
107. 6. 6
(Handwritten initials)

擬公布網站

(Handwritten signature)
董培郁

裝

訂

線

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558台北市南港區忠孝東路六段488號

傳 真：(02)85907088

聯絡人及電話：洪國豐(02)85907391

電子郵件信箱：mdhgf@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國107年5月24日

發文字號：衛部醫字第1071663150A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：本部業於107年5月24日以衛部醫字第1071663150號公告修正驗光人員為6歲以上15歲以下者驗光，發現有特定狀況，或執行業務發現視力不能矯正者，應出(填)具「轉介單」之格式。請轉知所屬，請查照。

說明：

- 一、依據驗光人員法施行細則第六條第一項第二款及第三項規定辦理。
- 二、旨案公告及轉介單之格式，詳載於本部全球資訊網站(網址：<http://www.mohw.gov.tw>)，請於「公告訊息」網頁下載。

正本：地方政府衛生局、中山醫學大學(視光學系)、中臺科技大學(視光系)、中華醫事科技大學(視光系)、元培醫事科技大學(視光系)、亞洲大學(視光學系)、大葉大學(視光學系)、康寧大學(視光科)、新生醫護管理專科學校(視光學科)、樹人醫護管理專科學校(視光學科)、馬偕醫護管理專科學校(視光學科)、仁德醫護管理專科學校(視光學科)、台灣眼視光學學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國眼科醫學會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、社團法人臺灣視光視力保健學會、基隆市驗光生公會、新北市驗光師公會、新北市驗光生公會、台北市驗光師公會、台北市驗光生公會、桃園市驗光師公會、桃園市驗光生公會、新竹市驗光師公會、新竹市驗光生公會、新竹縣驗光師公會、苗栗縣驗光師公會、台中市驗光師公會、台中市驗光生公會、彰化縣驗光師公會、南投縣驗光師公會、嘉義市驗光師公會、嘉義市驗光生公會、台南市驗光師公會、台南市驗光生公會、高雄市驗光師公會、高雄市驗光生公會、屏東縣驗光師公會



裝

訂

線

、屏東縣驗光生公會、宜蘭縣驗光師公會、花蓮縣驗光師公會、花蓮縣驗光生公會

副本：本部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署(均含附件)

電 2018-05-24
交 15 換 45 章

部長 陳時中 出國

政務次長何啟功代行

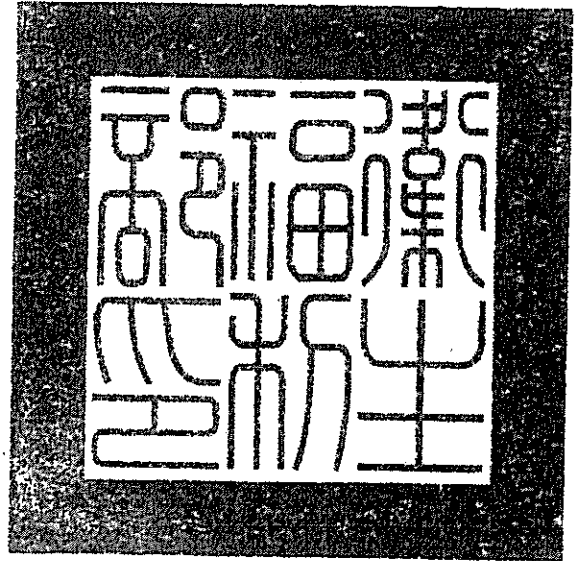
裝

訂



線

衛生福利部 公告



發文日期：中華民國107年5月24日
發文字號：衛部醫字第1071663150號
附件：轉介單格式一份

主旨：公告修正驗光人員為六歲以上十五歲以下者驗光，發現特定狀況，或執行業務發現視力不能矯正者，應出(填)具「轉介單」之格式，如附件，並自即日生效。

部長陳時中^{出國}
政務次長何啓功代行

(驗光所名稱) 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。