

○○○醫院/衛生所

申請空中轉診至非直轄市、縣（市）之指定後送醫院  
聲 明 書

113年2月6日訂定

病人(姓名)\_\_\_\_\_經本人(醫師姓名)\_\_\_\_\_  
診斷評估後，需申請空中轉診至臺灣本島就醫，依空中轉診審核中心  
後送就近適當醫院之原則，原建議安排後送至\_\_\_\_\_網絡  
醫院；惟經醫病溝通討論後，認為有更合適之後送醫院〔理由（如建  
議回原手術醫院或術後併發症之處置）請說明：  
\_\_\_\_\_〕

需送至\_\_\_\_\_（後送醫院名稱），且本人已向病人  
（或醫療委任代理人）告知其可能之風險，並記載於空中轉診申請單  
及病歷；如轉診過程中發生無法預期之變化或轉送後情況非後送醫院  
所能處理而需再次轉診，病人（或醫療委任代理人）願負擔相關責任。

此致

空中轉診審核中心

○○○醫院/衛生所

醫師簽名：

病人（或醫療委任代理人）簽名：

關係：

中華民國            年            月            日            時            分