

患者转诊申请表

| | | | | | |
|-----------|---|------|--|--------|--|
| 申请人填写: | | | | | |
| 患者姓名 | | 联系电话 | | 身份证号 | |
| 原项目医院 | | | | 原项目医生 | |
| 接诊项目医院 | | | | 接诊项目医生 | |
| 转诊原因 | <p style="text-align: center;">患者本人签字: _____ 日期: _____</p> | | | | |
| | | | | | |
| 接诊项目医生填写: | | | | | |
| 接诊意见 | <p style="text-align: center;">接诊项目医生签字、盖项目章: _____ 日期: _____</p> | | | | |