

双向转诊单

(转出单位保存)

转出医疗机构名称:

编号: _____

患者姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		诊疗类别	<input type="checkbox"/> 门诊号: <input type="checkbox"/> 住院号:	
身份证号								
患者住址						患方电话		
费用类别	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 贫困救助 <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 其他_____							
转诊目的								
病情评估	<input type="checkbox"/> 轻 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 康复			患方签字				
转诊医生 签名			医生联系电话		转诊日期	年	月	日

双向转诊单

(转入单位保存)

转入医疗机构名称:

编号: _____

患者姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		诊疗类别	<input type="checkbox"/> 门诊号: <input type="checkbox"/> 住院号:
身份证号							
患者住址						患方电话	
费用类别	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 贫困救助 <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 其他_____						
转诊目的							
病情评估	<input type="checkbox"/> 轻 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 危急 <input type="checkbox"/> 康复			转诊方向	科室: <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院		
病情描述							
转诊注意事项							

转出机构		转诊医生签名		患方签字	
转出科室		医生联系电话		转诊日期	年月 日