

患者转诊申请表

患者姓名		性 别		年 龄	
身份证号码					
联系电话					
患者申请原因	请明确注明转出和转入的项目医院。 患者签字： 日期：				
接诊项目医院		项目医生			
接诊意见	项目医生签字/盖章： 日期：				
项目办公室审批	项目办公室意见： 经办人： 日期：				

转诊要求：

- (1) 患者要在不影响治疗的原则下进行转诊，以保证患者的治疗、检查、用药规范。
- (2) 需转诊患者一定要在接诊的项目医生同意接受的情况下才能进行转诊。
- (3) 患者应按照第二条转诊程序办理转诊申请，通过项目办审批同意，方能转入新项目医生处随访。

转诊程序：

- (1) 患者将已填好的《患者转诊申请表》寄或带到接诊的项目医生处，由接诊项目医生在接诊意见处填写接诊医生意见并签名/盖章。
- (2) 患者将填写好的患者本人、接诊项目医生意见的《患者转诊申请表》邮寄回项目办公室，由项目办公室审批备案。
- (3) 项目办公室将审批结果通知患者。患者在收到通知后按照要求到新的项目医生处就诊、用药。

注：对于患者只做药房更换，不做医生或医院转诊的，不强制要求填写转诊表，可通知项目办人员做相应变更即可。