SMJL-DSR-3.0

附表五

# 患者转诊申请表

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 患者姓名 | | 性　别 | | 年　龄 | |
| 家庭住址 | | | | | |
| 联系电话 | | 患者编号 | | | |
| 患者申请原因 | 签字：　　日期： | | | | |
| 原项目医院 | | 项目医生 | | | |
| 转诊意见 | 签字盖章：　　日期： | | | | |
| 接诊医院 | | 项目医生 | | | |
| 接诊意见 | 签字盖章：　　日期： | | | | |
| 项目办公室审批 | 项目办公室意见：<br>经办人：　　日期：<br>项目负责人签字： | | | | |
| 通知药房 | 转出：<br>_____ 项目药师，_____患者于_____年_____月_____日<br>转出你处，接到通知后请停止对该患者发药。<br>转入：<br>_____ 项目药师，_____患者于_____年_____月_____日<br>转入你处，接到通知后可开始对该患者发药。 | | | | |