SMJL-DB-2.0

附件四

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： 经办人：　　日期： 项目负责人签字：				
通知药房	转出： _____ 项目药师，_____患者于_____年_____月_____日 转出你处，接到通知后请停止对该患者发药。 转入： _____ 项目药师，_____患者于_____年_____月_____日 转入你处，接到通知后可开始对该患者发药。				