

附件 6

拉萨市分级诊疗转诊记录单（存根）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____民族_____

档案编号：_____家庭住址：_____

联系电话：_____因病情需要，于_____年__月__日建议转入_____医院或同级别医院科室。

转诊医生（签字）：

科主任核签（签字）：

年 月 日

年 月 日

拉萨市分级诊疗转诊记录单

（机构名称）_____：

现有患者姓名：_____性别：_____年龄：_____民族：_____

因病情需要现转入贵单位，请予以接诊。

初步诊断：

主要现病史（转出原因）：

主要既往史：

治疗经过：

转诊医生（签字）：

联系电话：

转出医院：

年 月 日

填表说明：

1. 本表供患者转诊转出时使用，由转诊医生填写。
2. 初步印象：转诊医生根据患者病情做出的初步判断。
3. 主要现病史：患者转诊时存在的主要临床问题。
4. 主要既往史：患者既往存在的主要疾病史。
5. 治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。