附件：

广安市医疗机构双向转诊单

**-----------------------------------------------------------------------------**

存 根

患者姓名 性 别 年 龄

档案编号 医保证（卡）号

家庭住址 联系电话

于 年 月 日因病情需要，经门（急）诊或住院治疗，转入

 　　 单位 　 科室 接诊医生。

院方审批意见： 转诊医生（签字）：

 年 月 日

-------------------------------------------------------------------------------

双向转诊（转出）单

 （机构名称）：

现有患者 医保证（卡）号 ，性别 年龄 因病情需要，经门（急）诊或住院治疗，需转入贵单位，请予以接诊。

初步印象：

主要现病史（转出原因）：

主要既往史：

治疗经过：

院方审批意见： 转诊医生（签字）：

联系电话：

 （机构名称，加盖公章）

年 月 日

------------------------------------------------------------------------------

填表说明：1.本表供双向转诊转出时使用，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。

广安市医疗机构双向转诊单（回转用）

存 根

患者姓名 性 别 年 龄 病案号

医保证（卡）号 家庭住址

 联系电话 于 年 月 日因病情需要，转回 单位 接诊医生。

院方审批意见： 转诊医生（签字）：

 年 月 日

双向转诊（回转）单

 （机构名称）：

现有患者 医保证（卡）号 ，性别

年龄 因病情需要，现转回贵单位，请予以接诊。

诊断结果 住院病案号

主要检查结果：

治疗经过、下一步治疗方案及康复建议：

 院方审批意见： 转诊医生（签字）：

联系电话：

 （机构名称，加盖公章）

年 月 日

填表说明：1.本表供双向转诊回转时使用，由转诊医生填写；2.主要检查结果：填写患者接受检查的主要结果；3.治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施；4.康复建议：填写经治医生对患者转出后需要进一步治疗及康复提出的指导建议。