附件

天门市城乡居民医保住院转诊登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 地 址 |  |
| 现入住医院名称 |  |
| 转入医院名称 |  |
| 病情诊断及转院原因： |
| 经治医生签名：  |
| 年 月 日  |
| 患者（家属）意见： |
|  签名： |
|  年 月 日 |
| 医疗机构意见： |
|  核准人（签章）： |
|  年 月 日 |
| 本表一式两份，转诊医疗机构及转诊人各一份。 |