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。 | | | | | |