|  |
| --- |
| **市内转院备案表（上转）**  存根  附件1  患者姓名 ，性别 ，年龄 ，身份证号 ，家庭住址 ，病案编号 ，联系电话 ，于 年 月 日因病情需要，转入  （医院） （科室）。  初步诊断：  转诊医师（签字）： 科主任（签字）：  患者或家属（签字）： 医保办（签章）：  年 月 日 |
| **市内转院备案表（上转）**  医院：  现有患者 ，性别 ，年龄 ，身份证号 ，家庭住址 ，联系电话 ，因病情需要，需转入贵院，请予以接诊。  主要病史：  初步诊断：  治疗经过：  转诊原因：  转出科室： 科主任（签字）：  转诊医师（签字）： 联系电话：  患者或家属（签字）： 医保办（签章）：  （机构名称）  年 月 日 |