|  |
| --- |
| **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 |