

## 白求恩公益关爱女性健康行动 择优乐享-患者援助项目转诊表

|             |                           |      |       |     |     |
|-------------|---------------------------|------|-------|-----|-----|
| 患者姓名        |                           | 性 别  |       | 年 龄 |     |
| 家庭住址        |                           |      |       |     |     |
| 联系电话        |                           | 患者编号 |       |     |     |
| 患者申请        | (注：请在下方明确注明转出和转入的项目医院和药房) |      |       |     |     |
|             | 签字：                       |      | 日期：   |     |     |
| 原项目医院       |                           | 项目医生 |       |     |     |
| 转诊意见        |                           |      |       |     |     |
|             | 项目医生签字                    |      | 盖备案章： |     | 日期： |
| 接诊项目医院      |                           | 项目医生 |       |     |     |
| 接诊意见        |                           |      |       |     |     |
|             | 项目医生签字                    |      | 盖备案章： |     | 日期： |
| 项目办公室<br>审批 | 项目办公室意见：                  |      |       |     |     |
|             | 经办人：日期：                   |      |       |     |     |
|             | 项目负责人签字：                  |      |       |     |     |