

附表四

患者转诊申请表

患者姓名		性 别		年 龄	
家庭住址					
联系电话		患者编号			
患者申请原因	<p style="text-align: right;">签字： 日期：</p>				
原项目医院		项目医生			
转诊意见	<p style="text-align: right;">签字盖章： 日期：</p>				
接诊医院		项目医生			
接诊意见	<p style="text-align: right;">签字盖章： 日期：</p>				
项目办公室审批	<p>项目办公室意见：</p> <p style="text-align: right;">经办人： 日期：</p> <p>项目负责人签字：</p>				
通知药房	<p>转出：</p> <p>_____ 项目药师，_____ 患者于 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>转出你处，接到通知后请停止对该患者发药。</p>				
	<p>转入：</p> <p>_____ 项目药师，_____ 患者于 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>转入你处，接到通知后可开始对该患者发药。</p>				