

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	签字： _____ 日期： _____				
原项目医院		项目医生			
转诊意见	签字盖章： _____ 日期： _____				
接诊医院		项目医生			
接诊意见	签字盖章： _____ 日期： _____				
项目办公室审批	项目办公室意见： _____ 经办人： _____ 日期： _____ 项目负责人签字： _____				
通知药房	转出： _____ 项目药师，_____ 患者于 _____ 年 _____ 月 _____ 日 转出你处，接到通知后请停止对该患者发药。				
	转入： _____ 项目药师，_____ 患者于 _____ 年 _____ 月 _____ 日 转入你处，接到通知后可开始对该患者发药。				

