

## 六、转诊空表

### 中国癌症基金会泰圣奇患者援助项目 转诊申请表

患者信息	姓名		性别	
	年龄		入组编码	
	手机号码		座机号码	
	身份证号			
	家庭住址			
转诊申请	患者因 _____ 原因， 申请从原指定医院： _____ ，原指定医生： _____ 就诊， 转诊至新指定医院： _____ ，新指定医生： _____ 就诊。			
	患者签字		签字日期	
转诊意见	指定医院			
	指定医生		转诊日期	
	转诊意见			
	医生签字		项目名章	
接诊意见	指定医院			
	指定医生		接诊日期	
	接诊意见			
	医生签字		项目名章	
项目办审批	项目办意见			
	经办人签字		签字日期	
	办公室主任签字		签字日期	