

# 中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

## 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						

# 七、转诊样表

## 中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目 转诊申请表

患者信息	姓名	张三				性别	女										
	年龄	52				入组编码	K01234										
	手机号码	158XXXXXXXX				座机号码	027-XXXXXXXX										
	身份证号	4	2	0	1	1	1	1	9	X	X	X	X	X	X	X	X
	家庭住址	湖北省武汉市洪山区 XX 街道 XX 小区 XX 号楼 XX 单元 XX 室															
转诊申请	患者因 <u>XXXXXXXXXX</u> 原因，																
	申请从原指定医院： <u>武汉市 XX 医院</u> ，原指定医生： <u>赵六</u> 就诊，																
	转诊至新指定医院： <u>北京市 XX 医院</u> ，新指定医生： <u>孙九</u> 就诊。																
	患者签字	张三				签字日期	20XX.XX.XX										
转诊意见	指定医院	武汉市 XX 医院															
	指定医生	赵六				转诊日期	20XX.XX.XX										
	转诊意见	同意转诊															
	医生签字	赵六				项目名章											
接诊意见	指定医院	北京市 XX 医院															
	指定医生	孙九				接诊日期	20XX.XX.XX										
	接诊意见	同意接诊															
	医生签字	孙九				项目名章											
项目办审批	项目办意见	同意患者转诊申请															
	经办人签字	钱零				签字日期	20XX.XX.XX										
	办公室主任签字	吴十				签字日期	20XX.XX.XX										