

附件 6

会诊记录表

姓名:

编号 □□□-□□□□□

会诊原因:

会诊意见:

会诊医生及其所在医疗卫生机构:  
医疗卫生机构名称

会诊医生签字

\_\_\_\_\_

责任医生:

会诊日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

填表说明:

1. 本表供居民接受会诊服务时使用。
2. 会诊原因: 责任医生填写患者需会诊的主要情况。
3. 会诊意见: 责任医生填写会诊医生的主要处置、指导意见。
4. 会诊医生及其所在医疗卫生机构: 填写会诊医生所在医疗卫生机构名称并签署会诊医生姓名。来自同一医疗卫生机构的会诊医生可以只填写一次机构名称, 然后在同一行依次签署姓名。