

附件 7

双向转诊单

存 根

患者姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_档案编号

家庭住址\_\_\_\_\_联系电话

于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日因病情需要，转入\_\_\_\_\_单位

\_\_\_\_\_科室\_\_\_\_\_接诊医生。

转诊医生（签字）：

年 月 日

双向转诊（转出）单

\_\_\_\_\_（机构名称）：

现有患者\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_因病情需要，需转入  
贵单位，请予以接诊。

初步印象：

主要现病史（转出原因）：

主要既往史：

治疗经过：

转诊医生（签字）：

联系电话：

\_\_\_\_\_（机构名称）

年 月 日

填表说明：

1. 本表供居民双向转诊转出时使用，由转诊医生填写。
2. 初步印象：转诊医生根据患者病情做出的初步判断。
3. 主要现病史：患者转诊时存在的主要临床问题。
4. 主要既往史：患者既往存在的主要疾病史。
5. 治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。

---

### 存 根

患者姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_病案号

家庭住址\_\_\_\_\_联系电话

于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日因病情需要，转回\_\_\_\_\_单位

\_\_\_\_\_接诊医生。

转诊医生（签字）：

年 月 日

---

### 双向转诊（回转）单

\_\_\_\_\_（机构名称）：

现有患者\_\_\_\_\_因病情需要，现转回贵单位，请予以接诊。

诊断结果\_\_\_\_\_住院病案号

主要检查结果：

治疗经过、下一步治疗方案及康复建议：

转诊医生（签字）：

联系电话：

\_\_\_\_\_（机构名称）

年 月 日

---

#### 填表说明：

1. 本表供居民双向转诊回转时使用，由转诊医生填写。
2. 主要检查结果：填写患者接受检查的主要结果。
3. 治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。
4. 康复建议：填写经治医生对患者转出后需要进一步治疗及康复提出的指导建议。