

患者氏名：

患者 ID：

诊疗信息提供书（转诊单/介绍信）

医院

医生

年 月 日

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	年 月 日	年龄	周岁
住址			
家庭电话			手机号码
职业			
伤病名			
介绍（转诊）目的			
既往史及家族史			
症状经过及检查结果与治疗经过			
目前用药			
附加资料	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> X光片 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 内窥镜 <input type="checkbox"/> 超声波 <input type="checkbox"/> 心电图 <input type="checkbox"/> 血液检查 <input type="checkbox"/> 出院记录		