



入组患者转诊申请表

患者姓名		性别		年龄	
家庭住址					
电话		患者编码			
患者申请	申请转诊原因： 签字：_____ 日期： 年 月 日				
就诊医院：	指定医生：_____				
转诊意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 签字、盖章：_____ 日期： 年 月 日				
接诊医院：	指定医生：_____				
接诊意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 签字、盖章：_____ 日期： 年 月 日				
项目办公室 审批	项目办公室意见： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 经办人：_____ 日期： 年 月 日				
通知药房	转出： 药房负责人 _____ 患者于 _____ 年 月 日 转出你处，接到通知后请停止对该患者发药。				
	转入： 药房负责人 _____ 患者于 _____ 年 月 日 转入你处，接到通知后可开始对该患者发药，发药程序按持续领药规定执行。				

项目联系方式：患者咨询电话：010-6719 4642、6711 6112；021-9692 8052

邮寄地址：北京市 100061- 9 分箱（只接收邮政特快专递 EMS）

中国癌症基金会 赛可瑞患者援助项目办公室

携手共续希望

2017年11月