

中国初级卫生保健基金会

生命转吉-肺癌患者援助项目

患者转诊申请表

患者姓名		性别		年龄	
身份证号				联系电话	
家庭住址					
患者申请 (转诊原因)					
	患者本人签字：		日期：		
原项目医院				项目医生	
转诊意见					
	原项目医生签字：		日期：		
接诊项目医院				接诊项目医生	
接诊意见					
	接诊项目医生签字：		日期：		