**分级诊疗转诊记录单（存根）**

患者姓名 性别 年龄 身份证号

住院号 家庭住址 联系电话

 患者于 年 月 日住我院，现因病情需要建议转入 医院治疗。

转诊医生（签字）： 年 月 日

**分级诊疗转诊记录单**

 （机构名称）：

现有患者 性别 年龄 因病情需要转入贵单位治疗，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----------------------------------------------------------------------------