**一、患者基本信息**

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别：□男 □女 年龄： ***岁  
身份证号/护照号：***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 医保类型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
家庭住址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**二、转诊医疗机构信息**

1. **是否有上家转出机构（有则填写）**  
   名称： **地址：**  
   接诊医生：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **转入机构（自行拟定三位三甲医院专家）**  
   名称1：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（三甲医院名称、科室、专家姓名）**名称2：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（三甲医院名称、科室、专家姓名）**

名称3：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**（三甲医院名称、科室、专家姓名）**

**三、病情摘要**

1. **主诉**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **现病史**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **既往史**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   （包括慢性病史、手术史、过敏史等）
4. **（原）初步诊断**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **辅助检查结果（请携带原件前往）**：
   * 实验室检查：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * 影像学检查：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. **已采取的治疗措施及效果**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **是否需要荷清医疗中心提供增值服务（如转诊接送、陪诊等）**

**四、转诊原因**

□ 病情复杂，需进一步明确诊断  
□ 需专科设备/技术支持（如手术、介入治疗等）  
□ 患者/家属要求转至上级医院  
□ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**具体说明**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**五、转诊目的**

□ 明确诊断 □ 进一步治疗 □ 紧急救治 □ 手术 □ 其他：\_\_\_\_\_

**六、荷清医疗中心转诊结果（由诊所填写）**

1. 接收医院及科室：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 接诊医生：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 转诊时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 具体咨询：4000-790-120

**七、备注**

1. 随附资料：□病历复印件 □检查报告 □影像资料 □其他：\_\_\_\_\_\_
2. 患者知情同意：本人同意转诊至上述医院，并知晓转诊流程及风险。  
   患者/家属签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**转出机构盖章（医疗机构）：**  
**日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日**

**注意事项：**

1. 患者需携带本表及完整病历资料至转入医院就诊；
2. 紧急情况请提前联系或到院咨询转诊事宜。