**乐至县医疗机构保障对象**

**双向转诊（转出）单**

 医院：

现有患者姓名 性别 年龄 岁，身份证号码： ，现住地址： ，联系电话: ,因病情需要，需转入贵单位 科，请予以接诊。

初步印象：

主要现病史（转出原因）：

既往史：

**特别提示：**

**一、请持本转诊单和患者身份证在三个工作日内先后到县卫计局、县医保局办理备案手续。（未按照分级诊疗管理，未逐级转诊就医的，不享受贫困人口救治救助待遇，医疗费用按医疗保险第四档次规定报销）**

**二、本表是报销的重要凭据，请妥善保管，报销时须附于报销资料之中。**

转诊医生签字： 转诊医生联系电话：

科室主任签字： 分管院长签字：

 转出医疗机构（盖章）：

 年 月 日

**填表说明：**

**1.本表供保障对象人员双向转诊转出时使用，由转诊医生填写；转诊时间请转诊医生机打。**

**2.初步印象：转诊医生根据患者病情做出的初步判断。**

**3.主要现病史：患者现存在的主要疾病。**

**4.主要既往史：患者既往存在的主要疾病史。**

**5.转诊医生告知病人或病人家属转诊程序后，请病人或病人家属签字并按手印。**

**6.此表仅限于保障对象在本县内双向转诊使用。**

患者或家属签字:

审批意见：

**县卫计局 （盖章）： 县医保局（盖章）：**