{{hospitalName}}

双向转诊（转回）单

编号：{{cardNo}}

患者姓名： {{name}} 性别： {{sex}} 年龄： {{age}}

联系电话： {{phone}} 身份证号： {{idCard}}

接收医疗机构： {{rhname}} 接收科室： {{rdname}}

转诊医生： {{dname}} 接诊人： {{rname}}

初步诊断： {{cbzd}}

转诊目的： {{zzmd}}

转诊医生签名：

转诊日期：{{year}}年{{month}}月{{day}}日

{{hospitalName}}

双向转诊单（存根）

编号：{{cardNo}}

患者姓名： {{name}} 性别： {{sex}} 年龄： {{age}}

联系电话： {{phone}} 身份证号： {{idCard}}

接收医疗机构： {{dname}} 接收科室： {{rdname}}

转诊医生： {{dname}} 接诊人： {{rname}}

初步诊断： {{cbzd}}

转诊目的： {{zzmd}}

转诊医生签名：

转诊日期：{{year}}年{{month}}月{{day}}日