

中国初级卫生保健基金会

维系·深呼吸-特发性肺纤维化患者援助项目

患者转诊申请表

患者姓名		性别		年龄	
身份证号				手机	
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：	