# 附2：四川省医疗机构双向转诊单（下转）

四川省医疗机构双向转诊单

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**存 根**

患者姓名 性别 年龄 病案号

家庭住址 联系电话

于 年 月 日因病情需要，转回 单位

 接诊医生。

转诊医生（签字）：

 年 月 日

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**双向转诊（回转）单**

 （机构名称）：

现有患者 因病情需要，现转回贵单位，请予以接诊。

诊断结果 住院病案号

主要检查结果：

治疗经过、下一步治疗方案及康复建议：

 转诊医生（签字）：

联系电话：

 （机构名称）

年 月 日

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

填表说明

1.本表供居民双向转诊回转时使用，由转诊医生填写。

2.主要检查结果：填写患者接受检查的主要结果。

3.治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。

4.康复建议：填写经治医生对患者转出后需要进一步治疗及康复提出的指导建议。