

湖北省儿科医疗联盟

双向转诊单（下转单）

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 电话：_____ 就诊号/住院号：_____

诊断	
病情及诊治经过 (检查检验结果)	
下转治疗指导意见	
转出科室	转出科室：_____ 医生签名：_____ 联系电话：_____ 科主任签名：_____ 年 月 日
下转医疗机构信息	下转医疗机构名称：_____ 联系人：_____ 联系电话：_____
武汉儿童医院意见	武汉儿童医院外联部联系人签名（盖章）：_____ (办公地点：行政楼 501 办公室)

患儿家属凭此转诊单到当地联盟医院继续治疗，享受转诊绿色通道。

下转当地医院由湖北省儿科医疗联盟秘书处（武汉儿童医院外联部）负责联系落实。

外联部（转诊办公室）电话：027-82438608 微信公众号：湖北省儿科医疗联盟