

附表五

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目 患者异地转诊申请表

患者姓名:	性别:	年龄:
家庭住址:		
联系电话:	患者编码:	
患者 申请	请明确注明转出和转入的就诊医院或指定发药点	
	签名:	日期:
转出的指定医生所在医院:		
转诊 意见		
	签字盖章:	日期:
转入的指定医生所在医院:		
接诊 意见		
	签字盖章:	日期:
项目 办公室	项目办公室意见:	
	办公室主任签字:	
	签名:	日期:

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

*入组患者在同一个援助周期内，不接受同城转诊。