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

<table>
<tr><td colspan="2">患者姓名：</td><td>性别：</td><td>年龄：</td></tr>
<tr><td colspan="4">家庭住址：</td></tr>
<tr><td colspan="2">联系电话：</td><td colspan="2">患者编码：</td></tr>
<tr><td>患者申请</td><td colspan="3">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：</td></tr>
<tr><td colspan="4">转出的指定医生所在医院：</td></tr>
<tr><td>转诊意见</td><td colspan="3">签字盖章：　　日期：</td></tr>
<tr><td colspan="4">转入的指定医生所在医院：</td></tr>
<tr><td>接诊意见</td><td colspan="3">签字盖章：　　日期：</td></tr>
<tr><td>项目办公室</td><td colspan="3">项目办公室意见：

经办人：　　日期：</td></tr>
</table>

＊ 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。