

远程会诊意见反馈单

编号		会诊日期及具体时间	
邀请单位		邀请医师	
会诊类别	<input type="checkbox"/> 临床会诊 <input type="checkbox"/> 病理会诊 <input type="checkbox"/> 影像会诊 <input type="checkbox"/> 其他		
患者姓名		民族	婚姻状况
身份证号		住院号	床号
受邀会诊 医师	姓名		
	职称		
会诊意见：			
会诊医师签字：			
年 月 日 (医务部印章)			