**远程会诊邀请单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 编号 |  | 填写日期 |  |
| 邀请单位 |  |
| 邀请医师 |  | 联系电话 |  |
| 会诊类别 | □临床会诊 □病理会诊 □影像会诊 □其他 |
| 患者姓名 |  | 民族 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  | 住院号 |  | 床号 |  |
| 邀请会诊时间： 年 月 日 时 |
| 拟邀请会诊医师 | 科室 |  |  |  |  |
| 医生 |  |  |  |  |
| 简要病史、会诊需求及目的：邀请会诊医师签字：   |
| 邀请科室意见科主任签名： 年 月 日 | 邀请医院管理部门意见 主任签字： 年 月 日 |

\*此邀请单由**邀请医院管理部门**保存，并将盖章后的电子版发送至yizheng@sdu.edu.cn

**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 | □临床会诊 □病理会诊 □影像会诊 □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） |