**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） | | | | | | | | | | | | | |