附件1：

集中隔离点转诊联系单 (集中隔离点填写)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 集中隔离点名称:集中隔离点点长姓名: | 联系方式: |  | 急救人员姓名: |
| 就诊人姓名: |  | 转诊时间: | 年 月 日 时 |
| 驻点医生诊疗意见: |  |  |
|  |  | 驻点医生签名:时 间 : |

集中隔离点转诊联系单 (接诊定点医院填写)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接诊定点医院名称:接诊医生姓名: | 联系方式: |  | 急救人员姓名: |
| 送回集中隔离点名称: |  |  | 集中隔离点点长签名: |
| 就诊人姓名: |  | 送回时间: | 年 月 日 时 |
| 接诊医生诊疗意见: |  |  |
|  |  | 接诊医生签名:时 间 : |