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 : | |