

会诊记录表

姓名：

编号□□□-□□□□□

会诊原因：

会诊意见：

会诊医生及其所在医疗卫生机构：

医疗卫生机构名称	会诊医生签字
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

责任医生：_____

会诊日期：_____年____月____日

填表说明

1. 本表供居民接受会诊服务时使用。
2. 会诊原因：责任医生填写患者需会诊的主要情况。
3. 会诊意见：责任医生填写会诊医生的主要处置、指导意见。
4. 会诊医生及其所在医疗卫生机构：填写会诊医生所在医疗卫生机构名称并签署会诊医生姓名。来自同一医疗卫生机构的会诊医生可以只填写一次机构名称，然后在同一行依次签署姓名。