**转诊单**

 医院（精神卫生中心）

第一联 转诊机构存根

兹有 区（市） 乡镇（街道） 村（居）

居民 性别： 年龄： 身份证号:

因患 病（如诊断不明确可描述病人表现），现转入贵院诊治，请与接洽。

转诊医生或经办人： 转诊单位：

转诊时间： 年 月 日

**转诊单**

 医院（精神卫生中心）

第一联 转诊机构存根

兹有 区（市） 乡镇（街道） 村（居）

居民 性别： 年龄： 身份证号:

因患 病（如诊断不明确可描述病人表现），现转入贵院诊治，请与接洽。

转诊医生或经办人： 转诊单位：

转诊时间： 年 月 日