**国家呼吸临床研究中心·中日医院**

**呼吸专科医联体慢阻肺协作组**

**疑难危重症会诊、转诊申请单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **病案号** |  |
| **患者****身份证号** |  | **患者或家属****手机号** |  |
| **目前就诊医院** |  | **□门诊** | **□住院** |
| **主管医师** |  | **联系电话** |  | **入院日期** | **年 月 日** |
| **主诉** |  |
| **患者现状态** | **是否能走动** |  | **是否能自理** |  |
| **现病史** | **（简述）** |
| **既往史** | **（简述）** |
| **个人史****家族史** | **（简述）** |
| **检查结果** | **（简述）** |
| **初步诊断** |  |
| **诊治经过** | **（简述）** |
| **目前情况** | **（简述）** |
| **□****申请****会诊** | **会诊****目的** | **远程会诊□ 门诊会诊□** |
| **□****申请****转诊** | **上转****目的** |  |
| **下转****医嘱** |  |