

远程会诊意见反馈单

编号		会诊日期及具体时间		
邀请单位			邀请医师	
会诊类别	<input type="checkbox"/> 临床会诊 <input type="checkbox"/> 病理会诊 <input type="checkbox"/> 影像会诊 <input type="checkbox"/> 其他			
患者姓名		民族		婚姻状况
身份证号		住院号		床号
受邀会诊 医师	姓名			
	职称			
会诊意见：				
会诊医师签字：				
年 月 日 (医务部印章)				