|  |
| --- |
| **门诊疑难病会诊患者申请表** |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 主要不适 |  |
| 首次不适时间 |  | 曾就诊医院及科室 |  |
| 曾接受治疗手段（如中药、西药、针灸、放化疗、手术等，详述） |  |
| 申请人： 年 月 日 |
| 疑难门诊负责人意见 | 签名： 年 月 日  |