附件1

农村贫困人口看病就诊指导表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 姓名 |  | 性别 | |  | | 年龄 | | |  |
| 住址 |  | | | | 联系电话  （手机） | | |  | |
| 健康状况 | 健康（ ） | | 亚健康（ ） | | | | 疾病（ ） | | |
| 诊断疾病 |  | | 诊断医疗机构 | | | |  | | |
| 健康管理指导意见 |  | | | | | | | | | |
| 就诊路径指导意见 | 1、发病时请您先到基层医疗机构就诊。  基层医疗机构名称 ，  联系医师 ，联系电话 。  2、根据分级诊疗原则，为您办理转诊手续。  转诊上级医疗机构名称 ，  联系医师 ，联系电话 。 | | | | | | | | | |