

附件 1

医院名称_____（统一社会信用代码：_____）

门（急）诊诊疗信息页（通用示例）

就诊卡号/病案号：_____

姓名_____性别： 1. 男 2. 女 3. 其他 出生日期 ____年____月____日

婚姻状态： 1. 未婚 2. 已婚 3. 丧偶 4. 离婚 9. 其他

国籍_____ 民族 _____ 证件类型_____ 证件号码_____

现住址 _____省(区、市) _____市 _____县 _____

联系电话_____

药物或其他过敏史：药物 1. 无 2. 有_____；其他 1. 无 2. 有_____

挂号时间 ____年____月____日____时____分

报到时间 ____年____月____日____时____分

就诊时间 ____年____月____日____时____分

就诊科室 _____ 接诊医师 _____ 接诊医师职称 _____

就诊类型： 1. 急诊 2. 普通门诊 3. 特需门诊 4. 互联网诊疗 5. MDT 门诊 9. 其他

是否复诊： 1. 是 2. 否

是否输液： 1. 是 2. 否

是否为门诊慢特病患者： 1. 是 2. 否

急诊患者分级： 1. I 级 2. II 级 3. III 级 4. IV 级

急诊患者去向： 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院 3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院 4. 非医嘱离院

5. 死亡 6. 急诊留观 7. 急诊转入院 9. 其他

住院证开具时间____年____月____日____时____分

患者主诉						
门（急）诊诊断				疾病编码		
主要诊断：						
其他诊断：						
手术及操作日期	手术及操作名称	手术及操作编码	手术及操作者	麻醉方式	麻醉医师	手术分级管理级别
<p>门（急）诊费用（元）： 总费用 _____ （自付金额： _____ ）</p> <p>1. 综合医疗服务类：（1）一般医疗服务费： _____ （2）一般治疗操作费： _____ （3）护理费： _____ （4）其他费用： _____</p> <p>2. 诊断类：（5）病理诊断费： _____ （6）实验室诊断费： _____ （7）影像学诊断费： _____ （8）临床诊断项目费： _____</p> <p>3. 治疗类：（9）非手术治疗项目费： _____ （临床物理治疗费： _____） （10）手术治疗费： _____ （麻醉费： _____ 手术费： _____ ）</p> <p>4. 康复类：（11）康复费： _____</p> <p>5. 中医类：（12） 中医治疗费： _____</p> <p>6. 西药类：（13）西药费： _____ （抗菌药物费用： _____ ）</p> <p>7. 中药类：（14） 中成药费： _____ （15）中草药费： _____</p> <p>8. 血液和血液制品类：（16）血费： _____ （17）白蛋白类制品费： _____ （18）球蛋白类制品费： _____ （19）凝血因子类制品费： _____ （20）细胞因子类制品费： _____</p> <p>9. 耗材类：（21）检查用一次性医用材料费： _____ （22）治疗用一次性医用材料费： _____ （23）手术用一次性医用材料费： _____</p> <p>10. 其他类：（24）其他费用： _____</p>						