院内多学科MDT会诊申请单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **住院号** |  |
| **会诊地点** |  | **申请会诊时间** |  |
| **病情摘要**： |
| **拟申请会诊科室**：1. 2. 3. 4. 5. 6.

  |
| **会诊理由及目的**： |
| **医务科安排：** **日期：** |
| **多学科会诊后结果追踪：** **回访者：** **回访时间：** |