附件3

汕头市流浪乞讨病人职能部门转送

医疗机构移交表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 |  | 年龄 |  |
| 户口/家庭  地址 |  | | |
| 携带物品 |  | | |
| 发现时间 |  | | 发现地点 |  |
| 身份信息  查询结果 | □ 查无此人  □ 已查到 | | 人脸比对  结果 | □ 有 □ 无 |
| 是否与亲属  联系 |  | | 亲属或朋友  联系电话 |  |
| 护送单位 |  | | 护送时间 | 年 月 日 时 |
| 现场（护送）情况 | 民警/工作人员： 电话：  警号/工号： 护送单位盖章： | | | |
| 接收医院 |  | | 收治编号 |  |
| 入院情况 | 接诊医生：  入院时间： 年 月 日 时 单位盖章： | | | |
| 救助管理站  甄别意见 | 单位盖章： | | | |

注：本表一式三份，由护送单位填写，医疗机构通知属地救助管理机构甄别出具意见，护送单位、收治医院、救助管理机构各一份存档。