附件4

**汕头市流浪乞讨病人医疗机构转送接收机构移交表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 民族 |  | 年龄 |  |
| 户口/家庭  地址 |  | | |
| 携带物品 |  | | |
| 原送院单位 |  | | 电话 |  |
| 收治机构 |  | | 医院收治编号 |  |
| 出院情况  处理意见 | 经治医生：  移交时间： 年 月 日 时 医院盖章： | | | |
| 接收单位意见 | 现收到 医院转送的病人 及其随身财物 。  接收人签名：  接收时间： 年 月 日 时 接收单位盖章： | | | |
| 备注 |  | | | |

注：本表由医疗机构和接收机构填写，一式二份，各一份存档。