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。