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：口 1.男 2.女 3.其他 出生日期 年 月 日  婚姻状态：口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 口 1.无 2.有 ；其他 口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：口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：口1.是 2.否  是否输液：口1.是 2.否  是否为门诊慢特病患者：口1.是 2.否  急诊患者分级：口1.I 级 2.II级 3.III级 4.IV级  急诊患者去向：口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 | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| 门（急）诊费用（元）： 总费用 （自付金额： ）  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：  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：  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： ）  4.康复类：（11）康复费：  5.中医类：（12） 中医治疗费：  6.西药类：（13）西药费： （抗菌药物费用： ）  7.中药类：（14） 中成药费： （15）中草药费：  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：  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：  10.其他类**：**（24）其他费用： | | | | | | | |