附件4

患者推荐汇总表

（传统医学确有专长）

被推荐者： 身份证号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 性别 | 身份证号 | 现联系电话 | 通讯地址 | 就诊时情况 | | | | 是否近亲属或存在利害关系 |
| 就诊时间 | 就诊机构名称 | 就诊地点 | 所患疾病  （或就诊原因） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1、本表根据5名患者的《患者推荐表》汇总而成；2、5名患者就诊时间需跨5个年度以上。