附件1

北京市婚前孕前保健转诊单

姓名： 年龄：

联系方式：

就诊医疗机构 :

转诊原因:

拟转诊医疗机构:

知情告知：为更好的为您提供婚育健康指导，建议您携带全部就诊资料前往拟转诊医疗机构生育咨询门诊接受进一步咨询服务。

患者签字： 转诊医师签字：

日期： 日期：