附件4

工伤职工院外检查（治疗）备案表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 社会保障号码  (身份证号码) |  | | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 院外检查（治疗）定点医疗机构名称 |  | | | | | |
| 职工伤情诊断、院外检查（治疗）项目、部位、转诊原因：  医生签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 住院定点医疗机构意见 | 印章：  年 月 日 | | | | | |

说明：此表一份四份，工伤职工、住院定点医疗机构、院外检查（治疗）定点医疗机构、社保经办机构各存一份。