

附件 2

长宁区定点医疗机构治疗项目单

姓名：		性别：	年龄：	门诊/住院号：		
诊断：						
医嘱编号	项目	部位	方法	时间	频次	次数
1						
2						
3						
4						
:						
:						
:						
备注：						
医师签名：						