门诊慢特病病种待遇认定申请表

认定机构名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | □职工医保□城乡居民医保 |
| 身份证件号码 |  | 联系电话 |  |
| 选择定点医院 |  |
| 申报病种名称 | 门诊慢性病 | □高血压Ⅱ期以上(合并有心、脑、肾损害) □糖尿病□脑血管意外后遗症 □冠状动脉粥样硬化性心脏病 ☑慢性肺源性心脏病□帕金森病 □银屑病 □系统性红斑狼疮 □严重精神障碍□慢性白血病（非放化疗） □各种恶性肿瘤（非放化疗） □心脏换瓣术后□慢性肾功能衰竭（非透析治疗） □类风湿关节炎 □风湿性心脏瓣膜病 □心脏安置永久性起博器术后 □阿尔茨海默病□肝硬化失代偿期（酒精性肝硬化不纳入） □癫痫□自身免疫性肝炎 □系统性硬化病（硬皮病）  |
| □原发性甲状腺功能亢进症 □肾病综合症□甲状腺功能减退症  |
| 门诊特殊重症 | □各种恶性肿瘤的放化疗 □慢性肾功能衰竭透析治疗 □血友病□器官移植术后的抗排异治疗 □重型再生障碍性贫血 □地中海贫血□恶性组织细胞病 □肌萎缩性侧索硬化症 □骨髓增生异常综合症 □白血病 □肝豆状核变性 □原发性生长素缺乏症 □普拉德-威利综合症 □肺结核 □强直性脊柱炎 □耐多药肺结核 □重度骨质疏松 |
| 申请人签名 |  |
| 申报病种情况（符合诊断标准项目） |  认定医师签名： 年 月 日 |
| 认定医疗机构意见 |  |
| 审批意见 |  经办人： 年 月 日 |
| 备注 |  |