中区直驻邕单位职工基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表

**申报医疗机构名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 个人编号/社保卡号 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 单 位 |  | | | | | | |
| 慢性病病种(每份申报表勾选一个病种) | □冠心病、□糖尿病、□各种恶性肿瘤、□慢性阻塞性肺疾病、□高血压（高危组）、  □帕金森氏综合征、□肝硬化、□慢性肾功能不全、□慢性充血性心衰、□系统性红斑狼疮、□器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗、□甲亢、□脑血管疾病后遗症期、□再生障碍性贫血、□慢性肝炎治疗巩固期、□银屑病、□精神病（限分裂症、偏执性精神障碍）、□血友病、□结核病活动期、□重型和中间型地中海贫血、□类风湿性关节炎、□肾病综合征、□癫痫、□脑瘫、□重症肌无力、□风湿性心脏病、□肺心病、□强直性脊柱炎、□甲状腺功能减退症 | | | | | | |
| 所需材料 | 1.疾病诊断证明书、2.病史资料（近两年住院或门诊资料，手术记录无时间限制）、3.相关疾病的阳性结果化验及辅助检查报告单。（注：申报高血压（高危组）需附心脏、肾脏、脑、眼底等其中一项靶器官损害证据，或合并糖尿病、冠心病证据；申报脑血管疾病后遗症期需病程达半年以上，并提供前后两次颅脑CT或颅脑MRI报告单、神经系统查体阳性体征；申报糖尿病须提供至少2次符合诊断的静脉血糖化验报告） | | | | | | |
| 个人申请理由：    签字：  年 月 日 | | | | | | | |
| 本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。    承诺人：  年 月 日 | | | | | | | |
| 临床医生意见：    经治医生： 科室主任：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | |
| 定点医疗机构意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

说明：每张申报表只可填写一个病种，申报多个不同病种须分别提供不同病种的申报材料并填写相应申报表。