**附件2**

**宿州市城乡居民常见慢性病申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | | **性别** | | **贫困户 是（ ）否（ ）** |
| **社会保障卡号** | | | **身份证号** | |
| **居住地** | | | **联系电话** | |
| **申请病种：** | | | | |
| **病 史**  **情 况**  **摘 要** | **住院情况：** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **相关检查及化验情况：** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **业务系统内一年内是否有相应购药诊疗记录：是（ ）否（ ）** | | | |
| **填写人签名：** | | | |
| **医　疗**  **专家组**  **意　见** | **诊断依据：** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **经专家组诊断，确认您患有 。** | | | |
| **经专家组诊断，您所申报的 依据不足。** | | | |
| **第一审核人签名:**    **第二审核人签名:**    **年 月 日** | | | |