**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** |