附件1

**辽宁省驻沈省直机关事业单位基本医疗保险**

**门诊治疗特慢病鉴定表**

No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 　 名 |  | 性别 |  | 人员类别 | | |  |
| 医保卡号 |  | | 身份证号 | |  | | |
| 单位电话 |  | | 个人电话 | |  | | |
| 已办理的特病名称及治疗医院 | | |  | | | | |
| 本次申报特病选定的治疗医院 | | |  | | | | |
| 以下栏目由定点医院填写 | | | | | | | |
| 特病名称 |  | | 门诊治疗方式 | | |  | |
| 确诊依据，确诊时间（或手术时间）  门诊治疗拟行方案  医师签名　　　　　　　　　　　　科主任签名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 定点医疗机构意见（签章）  　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | 省社保局（签章）  　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | |

注：1、此表可用A4纸复印，用于器官移植术后抗排斥治疗；尿毒症透析治疗；恶性肿瘤放疗、化疗（仅限膀胱灌注）；冠心病PCI（PTCA）术后及其他血管支架术后、冠状动脉旁路移植术后一年内抗凝治疗；

2、此表一式三份，患者本人、特病治疗医院、省医保中心各存一份。