

合肥市基本医疗保险慢特病门诊待遇申请表

参保类别： 城镇职工医保 城乡居民医保

姓名		性别		年龄		身份证号码										
社保卡号				是否退休	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	联系电话										
申请定点服务机构																
申请 病种	<input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高血压伴并发症 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 心功能不全 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 支气管哮喘 <input type="checkbox"/> 肺动脉高压 <input type="checkbox"/> 特发性肺纤维化 <input type="checkbox"/> 溃疡性结肠炎 <input type="checkbox"/> 克罗恩病 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 晚期血吸虫病 <input type="checkbox"/> 自身免疫性肝病 <input type="checkbox"/> 慢性肾脏病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病胰岛素治疗 <input type="checkbox"/> 甲状腺功能亢进症 <input type="checkbox"/> 甲状腺功能减退症 <input type="checkbox"/> 肢端肥大症 <input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 帕金森病 <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默病（老年痴呆） <input type="checkbox"/> 肝豆状核变性 <input type="checkbox"/> 重症肌无力 <input type="checkbox"/> 肌萎缩侧索硬化症 <input type="checkbox"/> 脊髓型肌萎缩症 <input type="checkbox"/> 脊髓延髓肌萎缩症（肯尼迪病） <input type="checkbox"/> 多发性硬化															
	<input type="checkbox"/> 尼曼匹克病 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 黄斑性眼病 <input type="checkbox"/> 严重性春季角结膜炎 <input type="checkbox"/> 银屑病 <input type="checkbox"/> 白癜风 <input type="checkbox"/> 慢性荨麻疹（普通型） <input type="checkbox"/> 慢性荨麻疹（难治型） <input type="checkbox"/> 重度特应性皮炎 <input type="checkbox"/> 精神障碍 <input type="checkbox"/> 慢性乙型肝炎 <input type="checkbox"/> 慢性丙型肝炎 <input type="checkbox"/> 结核病 <input type="checkbox"/> 耐药性结核病 <input type="checkbox"/> 艾滋病 <input type="checkbox"/> 类风湿性关节炎 <input type="checkbox"/> 强直性脊柱炎 <input type="checkbox"/> 系统性红斑狼疮 <input type="checkbox"/> 白塞氏病 <input type="checkbox"/> 系统性硬化症 <input type="checkbox"/> 干燥综合征 <input type="checkbox"/> 多发性肌炎 <input type="checkbox"/> 皮炎 <input type="checkbox"/> 结节性多动脉炎 <input type="checkbox"/> ANCA相关血管炎 <input type="checkbox"/> 先天性免疫蛋白缺乏症 <input type="checkbox"/> 生长激素缺乏症 <input type="checkbox"/> 普拉德-威利综合征 <input type="checkbox"/> 脑瘫															
<input type="checkbox"/> 心脏瓣膜置换术后 <input type="checkbox"/> 血管支架植入术后 <input type="checkbox"/> 心脏冠脉搭桥术后 <input type="checkbox"/> 器官移植术后抗排斥治疗 <input type="checkbox"/> 肾移植（肝肾移植）抗排斥治疗 <input type="checkbox"/> 造血干细胞移植抗排斥治疗 <input type="checkbox"/> 心移植抗排斥治疗 <input type="checkbox"/> 肝移植抗排斥治疗 <input type="checkbox"/> 肺移植抗排斥治疗 <input type="checkbox"/> 肾病综合征 <input type="checkbox"/> 慢性肾衰竭（透析） <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 血友病中型 <input type="checkbox"/> 血友病重型 <input type="checkbox"/> 特发性血小板减少性紫癜 <input type="checkbox"/> 再生障碍性贫血 <input type="checkbox"/> β -地中海贫血 <input type="checkbox"/> 骨髓增生异常综合征 <input type="checkbox"/> 骨髓增生性疾疾病 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤门诊治疗 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤放疗 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤靶向治疗 <input type="checkbox"/> 法布雷病 <input type="checkbox"/> 甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病 <input type="checkbox"/> 亨廷顿舞蹈症 <input type="checkbox"/> 视神经脊髓炎 <input type="checkbox"/> 遗传性血管性水肿 <input type="checkbox"/> 进行性肌营养不良症																
专家 鉴定 意见	<input type="checkbox"/> 符合条件，同意准入 <input type="checkbox"/> 不符合准入条件			疾病诊断：												
	待遇享受期限： <input type="checkbox"/> 年 个月 <input type="checkbox"/> 长期			使用的主要药品：												
专家签名： _____ 20 年 月 日																