

福建省新农合重大疾病就诊申请单

编码：

姓名		性别		年龄		身份证号	
直系亲属或其监护人						联系电话	
门诊号		病案号		合作医疗证号			
<p>定点医疗救治机构意见：</p> <p style="text-align: center;">经临床初步检查，患者系（疾病名称），符合新农合重大疾病救治范围，按国家规定的临床路径和标准化诊疗方案诊疗。</p> <p style="text-align: center;">科室主任：_____ 医院公章</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 月 日</p>							
<p>县民政部门意见： (仅对医疗救助对象)</p> <p style="text-align: center;">_____ 签章 _____ 年 月 日</p>				<p>县新农合管理中心意见：</p> <p style="text-align: center;">_____ 签章 _____ 年 月 日</p>			

注：1.本就诊申请单用于直接就诊定点救治医院的患者，由县民政部门、县新农合管理中心以及定点医疗救治机构分别填写相关内容；

2.本就诊单原件存县新农合管理中心，患者、定点医疗救治机构各执一份复印件。