附件 3：

湖南省恶性肿瘤患者门诊放化疗治疗申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性　别 | |  | 年　龄 | |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 | | |  | | |
| 疾病诊断 |  | | | | | | |
| 门诊治疗方案 | （1）请明确治疗方式、药品通用名、剂量及用法： | | | | | | |
| 门诊治疗起止时间 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | |
| 申请医生签名 |  | | 患者或家属签名 | | |  | |
| 相应科室副主任以上医生审核并签名 |  | | | | | | |
| 定点医院医保科（办）审核意见  并签名 |  | | | | | | |

**备注：**每次就诊严格按此治疗方案进行治疗，不得随意变更，如需变更治疗方案，请重新进行申请。