

江苏省医疗保险特药使用评估表

评估日期： 年 月 日

姓 名		性 别		年 龄	
社会保障卡卡号		身份证号			
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/>		居民医保 <input type="checkbox"/>		
参保属地	市 区（县）	工作单位			
特药名称		联系电话			
指定医院		家庭住址			
申请人签字（患者本人）					
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断		确诊时间	年 月 日		
特药名称		特药使用起始时间	年 月 日		
指 定 医 院 意 见	<p>当前治疗方案： _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">（第 _____ 周期/月）</p> <p>当前特药治疗方案属于： 辅助 <input type="checkbox"/> 一线 <input type="checkbox"/> 二线 <input type="checkbox"/> 三级及以上 <input type="checkbox"/></p> <p>是否需继续使用该特药： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>该特药用法用量： _____</p> <p>_____</p> <p>责任医师签章： _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

第一联 医保经办机构存

注：本表一式三份，医疗保险经办机构、特定药店、参保患者各持一份。

江苏省医疗保险特药使用评估表

评估日期： 年 月 日

姓 名		性 别		年 龄	
社会保障卡卡号		身份证号			
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/>		居民医保 <input type="checkbox"/>		
参保属地	市 区（县）	工作单位			
特药名称		联系电话			
指定医院		家庭住址			
申请人签字（患者本人）					
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断		确诊时间	年 月 日		
特药名称		特药使用起始时间	年 月 日		
指 定 医 院 意 见	<p>当前治疗方案： _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">（第_____周期/月）</p> <p>当前特药治疗方案属于： 辅助<input type="checkbox"/> 一线<input type="checkbox"/> 二线<input type="checkbox"/> 三级及以上<input type="checkbox"/></p> <p>是否需继续使用该特药： 是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>该特药用法用量： _____</p> <p>_____</p> <p>责任医师签章： _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

第二联 特定药店存

注：本表一式三份，医疗保险经办机构、特定药店、参保患者各持一份。

江苏省医疗保险特药使用评估表

评估日期： 年 月 日

姓 名		性 别		年 龄	
社会保障卡卡号		身份证号			
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/>		居民医保 <input type="checkbox"/>		
参保属地	市 区（县）	工作单位			
特药名称		联系电话			
指定医院		家庭住址			
申请人签字（患者本人）					
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断		确诊时间	年 月 日		
特药名称		特药使用起始时间	年 月 日		
指 定 医 院 意 见	<p>当前治疗方案： _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">（第_____周期/月）</p> <p>当前特药治疗方案属于： 辅助<input type="checkbox"/> 一线<input type="checkbox"/> 二线<input type="checkbox"/> 三级及以上<input type="checkbox"/></p> <p>是否需继续使用该特药： 是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>该特药用法用量： _____</p> <p>_____</p> <p>责任医师签章： _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

第三联 患者留存

注：本表一式三份，医疗保险经办机构、特定药店、参保患者各持一份。