附件2

泉州市基本医疗保险中医特色优势

门诊病种审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名： 性别： 年龄： 身份证号码： 联系电话： | |
| 工作单位： 申请病种： | |
| 病历摘要（病史、体格检查、辅助检查、诊断）  病史：  体格检查：  辅助检查：  临床诊断：  副主任或主任医师签名：  年 月 日 | |
| 诊断医疗机构意见：  （盖章）  年 月 日 | 申请人自行选择的中医特色优势门诊指定医院：  申请人签名： 年 月 日 |
| 医保经办机构初审意见：  （盖章）  年 月 日 | 医保经办机构复核意见：  （盖章）  年 月 日 |

**备注**：申请时应随附该病诊断证明书、与病情相关的检查报告单、一寸正面免冠近期彩照等资料。