

附件三						
武汉市医疗保险特殊药品使用评估表						
				申请时间： 年 月 日		
姓名		性别		年龄		照片
社保卡号		身份证号				
人员类别		职工医保 <input type="checkbox"/>	居民医保 <input type="checkbox"/>			
工作单位		家庭住址		联系电话		
使用特药名称						
特药定点医院	名称：		编号：			
责任医师	姓名：		工号：			
特药定点药店						
申请人签字（患者本人）						
以上内容有患者本人或监护人填写						
疾病诊断				确诊时间		
特药名称				使用起始时间		
特药定点医院 意见	当前治疗方案					
	是否需要继续使用 该特药	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
	用法用量					
	复查建议	请于_____年_____月_____日前，进行病情复查和用药评估。				
	责任医师意见	签名： 签章：				
	医保办意见	(盖章)				
特药定点药店	(盖章)					
说明：1、本表一式三份，特药定点医院、特药定点药店和参保人各留存一份。						
2、本表用于参保人员使用特殊抗肿瘤药品后定期进行复查评估时填报。						
3、本表中的特药定点医院是指我市三级定点医疗机构，包括部分科室定点的医疗机构；特药定点药店是指具有门诊重症服务资格的定点零售药店。						
15	4、附报：社保卡和身份证的原件和复印件（2张）、近期1寸免冠彩色登记照片3张、相关疾病病历资料。					