附件9

兰溪市涂阳肺结核患者规范化治疗补助审批单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 年龄 | |  | 职业 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | 身份证号 | | |  | | |
| 确诊日期 | |  | | | | 住院日期 | | | | |  |
| 出院日期 | |  | | | | 痰检阴转时间 | | | | |  |
| 规范化治疗情况 | | 是否配合住院隔离治疗  （定点医院填写） | | | | | 是 | | | | 否 |
| 规则服药情况  （医共体院区填写） | | | | | 规则服药 次 | | | | 漏服 次 |
| 督导随访配合情况描述（医共体院区填写） | | | | |  | | | | |
| 经办人签名：  日 期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 定点医院/医共体院区意见 | | 同意 不同意  盖章 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 市项 目办  意 见 | | 同意 不同意    盖章  项目办负责人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 开户银行与卡号 | | |  | | | | | | | | |