附件

江苏省儿童苯丙酮尿症患者定点救治登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者姓名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 | 民族 | 　 | 出生日期 | 　 |
| 监护人姓名  | 　 | 与患者关系 | 　 | 联系电话　 |  |
| 参保地 | 　 | 社会保障卡号码 | 　 |
| 家庭地址 | 　 |
| 定点救治医疗机构 | 　 |
| 实验室检测 | 　 |
| 诊断疾病 | 　 |
| 　 | 　 | 责任医师签字 |
| 患者监护人签字 | 　 |
| 定点救治医疗机构意见 | 　 |
| 医保经办机构审核意见 | 　 |
| 1.此表一式三份，由定点救治医疗机构填写，患者监护人、定点救治医疗机构、医保经办机构各存一份，请妥善保存。 2.编号与新生儿筛查信息直报系统表6编号一致。 |