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。 | | | | | | | | | | |