**省直参保人员门诊慢特病鉴定（复审）申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生日期 |  |
| 家庭地址 |  | | | | 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  | | | | 联系电话 |  |
| 申请病种名称：(请参照下方备注所列疾病名称填写) | | | | | | |
| 医疗机构诊断结论：(请参照下方备注所列疾病名称填写)  科室主/副主任医师： （诊断医院盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |
| 申请门诊定点医院名称：  本人签名：  年 月 日 | | | | 定点医院意见：  （门诊定点医院盖章）  年 月 日 | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

注: 1．参保人员患有下列疾病的,可提出申请,填写申请表。

高血压病、心功能不全、冠心病、脑卒中、慢性阻塞性肺疾病、克罗恩病、溃疡性结肠炎慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎、慢性肾脏病、糖尿病、甲状腺功能亢进症、甲状功能减退症、癫痫、帕金森病、类风湿性关节炎、重症肌无力、结核病、特发性血小板减少性紫癜、系统性硬化症、晚期血吸虫病、银屑病、白癜风、艾滋病、白塞氏病、强直性脊柱炎、肌萎缩侧索硬化症、支管哮喘、精神障碍、肾病综合征、多发性肌炎、皮肌炎、干燥综合征、结节性多动脉、再生障碍性贫血、白血病、血友病、恶性肿瘤、慢性肾衰竭(尿毒症期)、器官移植术后、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、肝硬化、肝豆状核变性、系统性红斑狼疮、骨髓增生异常综合征、心脏冠脉搭桥术后、特发性肺纤维化、肺动脉高压、自身免疫性肝病、肢端肥大症、阿尔茨海默病(老年痴呆)、多发性硬化、青光眼、黄斑性眼病、重度特应性皮炎、ANCA相关血管炎、先天性免疫蛋白缺乏症、尼曼匹克病、骨髓增生性疾病

2．鉴定为门诊慢特病病种后,选择一家门诊定点医院。

3．每年可以变更1次门诊慢特病定点医疗机构