

附表四

低收入患者-预约申请表

(*低收入恶性胸膜间皮瘤患者预约申请时提交)

预约表患者填写							
姓 名		性 别	☐ 男 ☐ 女	年 龄		联系电话	
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□						
医保所在地	_____省_____市		是否享受医保：	☐ 是 ☐ 否	是否全额报销	☐ 是 ☐ 否	
医保类型	☐ 城镇职工医疗保险 ☐ 城镇居民医疗保险 ☐ 公费医疗保险 ☐ 农村合作医疗保险 ☐ 其它 _____						
项目医院				项目医生			
预约申请时填写							
病史与诊断	疾病诊断				确诊时间		
	肿瘤病理类型	☐ 恶性胸膜间皮瘤					
备注： 1. 同线治疗期间，每个治疗周期间隔时间不得超过 8 周；维持治疗开始时间必须在末次诱导化疗结束日期之后 12 周以内。 2. 附上相应报告单原件或加盖医院章的复印件，请申请人填写此表，避免因填写原因（缺填、漏填、错填等）造成此表格作废。							