**山东省戈谢病、庞贝氏病、法布雷病参保患者诊断登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | （一寸照片） |
| 身份证号码 |  | 户籍 |  |
| 家庭住址 |  | | 联系电话 |  |
| 定点诊断医院 |  |  | 责任医师 |  |
| 申请人（或监护人签字）： | | | | |
| 疾病诊断情况 | （以下内容由责任医师填写） | | | |
| 定点诊断  医院意见 | 责任医生签字  年 月 日 | | 医保办意见  年 月 日 | |
| 登记起止时间  （1年） | 年 月 日- 年 月 日  （医院医保办填写） | | | |

注：1、本表一式五份，参保患者、指定诊断医院、定点治疗医院、统筹地区医保经办机构、大病保险承办商业保险机构各一份；

2、需提供材料：疾病诊断相关检查材料、病例、户口本等复印件。