**“槐耳颗粒”药品援助项目注册医生医学评估表**

|  |
| --- |
| **患者填写部分** |
| 患者姓名 |  | 出生日期 |  | 性 别 |  |
| 患者身份证号码 |  |  |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 代领人姓名 |  | 与患者关系 |  | 联系电话 |  |
| 代领人身份证号码 |  |
| **注册医师填写部分** |
| 基本信息 | 定点医院 |  |
| 责任科室 |  |
| 责任医生 |  |
| 诊断与检查（请勾选） | 疾病名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 病理结果：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 治疗方式：☐ 手术 ☐化疗 ☐放疗 ☐分子靶向治疗 ☐介入治疗 |
| **1.建议服用槐耳颗粒剂量** |
| 服用剂量：\_\_\_\_\_\_包/次 \_\_\_\_\_\_次/天 服用周期：①\_\_\_\_\_\_个月；②长期服用 |
| **2.其他说明：** |
| 注册医师签字 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 注册医师盖章\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 说明：表中内容必须填写完整 |