表单号：0800253-S2

基本医疗保险参保人员特治特药备案表

备案编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 社会保障号码  （身份证号码） | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 疾病诊断 | |  | | | | | | | | | | |
| 特殊治疗项目 | □康复项目/ □延长康复项目：  偏瘫肢体综合训练 □ 脑瘫肢体综合训练 □ 截瘫肢体综合训练 □  日常生活能力评定 □ 一般失语症检查 □ 构音障碍检查 □  言语失用检查 □ 失语症检查 □ 吞咽功能障碍评定 □  认知知觉功能检查 □ 计算定向思维推理 □ 减重支持系统训练 □  小关节松动训练 □ 大关节松动训练 □ 作业疗法 轻度□ 中度□ 重度□  言语训练 □ 吞咽功能障碍训练 □ 认知知觉功能障碍训练 □  康复评定 □ 徒手平衡功能检查 □ 仪器平衡功能评定 □  手功能评定 □ 手功能训练 □ 轮椅功能训练 □  有氧训练 □ 职业功能训练 □ 平衡功能训练 □  失认失用评定 □ 电动起立床训练 □ 儿童听力障碍语言训练 □  运动疗法（包括全身肌力训练、各关节活动度训练、徒手体操、器械训练、步态平衡功能训练）□  其他特殊治疗项目（请注明： ）  医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 特殊药品 | 放化疗方案（起止时间）： | | | | | | | | | | | |
| 化疗用药 途径 | | 需备案的药品名称 | | | | | 用药量 | | | | |
| 通用名 | | 商品名 | | 是否进口 | 每支剂量 | | 用法 | | 总剂量 |
| □ 口服 □ 注射 | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 定点医疗机构意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
|
|