|  |
| --- |
| 河南省慈善总会高血压患者药品援助项目医学条件确认表 |
| 请申请人填写 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 年 龄 |  | 　联系电话 | 　 |
| 身份证号 | 　 | 疾病确诊时间 | 　 |
| 家庭地址 | 　 | 是否低保 | 是□ 否□ |
| 村卫生室 | 　 | 项目医生 | 　 |
| 病史及治疗情况 | 是否为高血压患者 | □是□否　 |
| 确诊高血压年限 | □1年以下 □1-3年 □3-5年 □5年以上　 |
| 正在使用的药物情况 | 　 |
| 项目医生判断是否符合入组的医学标准 |
| 该患者是否符合入组的医学标准（必需） | □符合 □不符合 |
|  项目医生签字：  |
| 填表日期： | 　 |