|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | | | | | | | | |  |