附件1

肺结核患者交通补助领取登记表

姓名 性别 年龄 地址

身份证号 开始治疗日期 疗程结束日期

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 领取金额（元） | 领取日期 | 领取人签字 | 发放人签字 | 是否已上交服药卡 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |

1、\*领取交通补助时，需核查患者的复查及服药情况。

2、\*每人全疗程补助180元，需要有3次复查，医生开具的“发放证明”。

附件2

肺结核患者交通补助费年度发放统计表

注：只统计上报本年度完成疗程且已领取交通补助费的肺结核患者

卫生院名称： 时间段： 年 月 日— 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 开始治疗日期 | 疗程结束日期 | 领取金额（元） | 领取时间 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

共计人数： 人 领取金额 元

附件3

海州区肺结核患者交通补助发放证明

肺结核患者交通补助发放证明

（一联 交传染病院）

患者姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

所属乡镇：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

开始治疗日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 病案号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

所补助的治疗月序：\_\_\_\_\_\_

下次复查时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

携带有标签的痰杯：是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_

健康手册填写齐全：是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_

门诊医生：

填写日期：

备注：所补助的治疗月序：初治患者2、5、6月末，复治患者2、5、8月末

肺结核患者交通补助发放证明

（二联 交社区卫生服务中心或防保所）

患者姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

所属乡镇：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

开始治疗日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 病案号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

所补助的治疗月序：\_\_\_\_\_\_

下次复查时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

携带有标签的痰杯：是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_

健康手册填写齐全：是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_

门诊医生：

填写日期：

备注：所补助的治疗月序：初治患者2、5、6月末，复治患者2、5、8月末

肺结核患者交通补助发放证明

（三联 交疾控中心）

患者姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

所属乡镇：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

开始治疗日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 病案号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

所补助的治疗月序：\_\_\_\_\_\_

下次复查时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

携带有标签的痰杯：是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_

健康手册填写齐全：是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_

门诊医生：

填写日期：

备注：所补助的治疗月序：初治患者2、5、6月末，复治患者2、5、8月末