附件1

**大足区贫困白内障复明手术救助对象审批表**

（ ）年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 民族 |  | 年龄 | |  | 身份证号 |  |
| 家庭  地址 |  | | | | | | 邮编 |  | | | 联系电话 |  |
| 患者家庭  经济状况 | | 1.城乡最低生活保障 □      2.五保户 □     3.相对贫困以下 □  4.持证残疾人□ | | | | | | | | | | |
| 享受医疗  保险情况 | | 1.享受城镇职工基本医疗 □    2.享受农村合作医疗 □  3.享受医疗救助  □         4.享受城乡居民医疗保险   □  5.享受其他医疗保险 □      6.无医疗保险 □ | | | | | | | | | | |
| 经医院诊断白内障 | | 左□ | | 老年性白内障 □    先天性白内障  □    外伤性白内障 □  并发性白内障 □    糖尿病性白内障□    其他 □ | | | | | | | | |
| 右□ | |
| 确诊手术 | | 能否手术： | | | | | | | | | | |
| 诊断医疗机构 | | 诊断医生： | | | | | | | 手手术定点医院盖章             负责人： | | | |
| 本人或亲属申请 | | 家庭经济困难，申请救助。  申请人：                 年   月   日 | | | | | | | | | | |
| 镇街残联意见 | | 镇街残联盖章                         负责人：                 年   月   日 | | | | | | | | | | |
| 区残联  意见 | | 区残联盖章                              负责人：                 年   月   日 | | | | | | | | | | |
| 术前视力 | | 1.光感     2.手动    3.数指    4.0.02∽0.04     5.≥0.05 | | | | | | | | | | |
| 术后视力 | | 1.未脱盲   2.脱盲    3.脱残 | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：审批此表需附患者的医疗诊断证明、残疾人证复印件或身份证复印件（户口簿复印件）、贫困证件（验原件交复印件）或相对贫困证明原件。