

附件 4:

广东省第二人民医院

“重大疾病”病患救助申请表

编号: 2024288(有二医-三类病)

申请日期: 2024 年 5 月 22 日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	谢	女	2008.2.15		广东省揭阳市	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: 50%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
免疫血小板减少症		广东省第二人民医院		5-10万		
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	谢	男	42	父女	务农没有稳定收入	
	谢	男	67	爷孙	年近在家无工作	
申请救助理由	<p>本人家里经济本就一般, 靠父亲一人养五家, 爷爷年近在家, 我与妹妹需上学本就费用大, 本人因患病需常年用药, 使其经济雪上加霜, 父亲又是务农没有稳定收入, 经济困难, 而每笔药费都对我们来说很是困难, 特因此本人申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 谢 2024 年 5 月 22 日</p>					
资助金额	<p>建议给予医疗救助金 5000 元。</p> <p>(大写: ⑤ 万 伍 仟 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p>					
医院填写	<p>疾病诊断及治疗费用情况: 患儿因“血小板减少症”确诊为急性血小板减少性紫癜。本患儿属于难治病例, 花费较大, 预计费用 5-10 万。</p> <p>医师签名: [Signature] 2024 年 5 月 22 日</p>					
	社会工作科意见:	<p>规划发展部意见:</p> <p>负责人签名: [Signature] 2024 年 5 月 22 日</p> <p>负责人签名: [Signature] 2024 年 5 月 22 日</p>				
<p>广东公益恤孤助学促进会审批意见: 同意救助任伟之等</p> <p>负责人(签名): [Signature] 2024 年 6 月 11 日</p>						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“重大疾病”病患救助款收据

病人姓名：谢	性别：女	年龄：16
病种：免疫血小板减少	治疗医院：广东省第二人民医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元（大写：人民币伍仟元整），将作为谢 的治疗费用。

受助人（监护人）：谢

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：郑妙

电 话：

经办人：周基明

电 话：13822279353

日 期：2024年6月13日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第20240204R370001号

姓名	谢	性别	女	年龄	Y15	科别	风湿免疫科	住院号	
----	---	----	---	----	-----	----	-------	-----	--

病史及简要诊疗工作:

患者因“发现血小板减少6月余，再发1天。”于2024-01-28在我院住院治疗。

诊断意见:

出院诊断: 1. 免疫性血小板减少 2. 未分化结缔组织病 3. 胡桃夹综合征

处理意见:

详见出院小结。

广东省第二人民医院

医师:

孙观群

2024年 02月 04日



揭东区云路镇老桃村民委员会

证明

兹有我村村民谢[]，女，身份证号码

[] 家庭人口6人，祖父、祖母年老体弱在家，父亲在家种田没有稳定经济收入，妹妹在校读书。谢[]因患病常年向医服药，其家庭经济十分困难，情况属实。

特此证明



