岱山县肢体残机构康复转介表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | 男 □ 女□ | 年龄 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |  |  |
| 家庭住址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 家属姓名 |  | 与申请人关系 |  | | |
| 家庭经济  状况 | □ 享受当地城乡居民最低生活保障  □ 家庭人均年收入在低保标准100～150%之间  □其他 | | | 户口 | □农业户  □非农业户 |
| 享受医疗保  险、救助情况 | □ 享受城镇居民基本医疗保险 □享受新型农村合作医疗  □ 享受医疗救助 □享受其它保险  □ 无医疗保险 □无医疗救助 | | | | |
| 救助项目 | □脑梗塞后遗症康复 □脑出血后遗症康复 □颅脑外伤及术后康复 □脊髓损伤康复 □周围神经损伤康复 □髋膝关节置换术后康复□截肢术后康复 □骨关节疾病康复 □脑瘫康复 | | | | |
| 患者（家属）申请 | 患者 因病致功能障碍，具体病情见住院病例，现要求转介到 医院进行康复治疗，望县残联批准，谢谢！  患者（家属）签名：  年 月 日 | | | | |
| 乡镇残联 意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 县（区）残联  意 见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |

此表一式二份，一份交县残联，一份交康复医院保存。