附件3

**与门诊特殊慢性病相关的药品目录**

填表人: 填表日期： 年 月 日 单位名称： （公章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品名称 | 规格/包装 | 价格 | 类别 | 适应症 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表说明：

1. 药品名称西药釆用通用名称，中成药釆用药典或部颁标准规定的正式名称；

2、类别栏填药品医疗保险分类：甲类、乙类、丙类（自费）；

3、适应症栏填治疗门诊特殊慢性病病种。