附件4

**与门诊特殊慢性病相关的医疗设备目录**

填表人： 填表日期： 年 月 日 单位名称： （公章）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 设备名称 | 购入时间 | 主要用途（针对门诊特殊慢性病诊疗病种） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |