

"钇朵小红花"钇[90Y]微球注射液患者救助项目
患者首次申请表

患者填写：

姓名		性别		年龄		联系电话	
省份		城市		身份证号			
医院				处方医生			
本人在长期疾病治疗中是否经济困难				是 ☐		否 ☐	
患者核心家庭是否具有高额资产				是 ☐		否 ☐	
如患者核心家庭是否具有高额资产勾选为“是”，请作简要说明（高额资产高档房产、豪华汽车等）							

注：请将患者本人身份证正反面及贫困证明材料一并提供。

特承诺：以上全部信息均真实、准确。如有虚假，或信息填写有误，由此产生的一切后果将由患者自行承担。

患者签字：_____

签字日期：_____
