|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件：  特病单议病例评审意见表 | | | |
| 会议时间： | | 表单编号： | |
| 病例基本信息 | | | |
| 患者姓名 |  | 住院流水号 |  |
| 性别 |  | 年龄 |  |
| 病例诊疗信息 | | | |
| 主诊断编码 |  | 主诊断名称 |  |
| 主手术编码 |  | 主手术名称 |  |
| DRG编码 |  | DRG名称 |  |
| 专家评审意见 | | | |
| 请在1和2中选择一项在括号中填√：  （ ）1.通过  （ ）2.不通过，建议①扣除 全部费用的。②扣除 全部费用的。③扣除 全部费用的。  其他说明或建议：  签字：  年 月 日 | | | |
| 统筹地区医保经办部门（盖章）： | | | |