

中国医学科学院血液病医院 儿童血液病诊疗中心

2019年“儿童骨髓衰竭性疾病宣传日”活动报名表及知情同意书

为方便您参加活动，请您按真实情况如实填写如下各项。填写不完整或不符合病情，无法参与本活动。义诊当天请您携带既往检查报告及病例复印件一份。我们将按医疗文件为您免费存档并严格保密。

1、基本信息（均为必填项）：

患者姓名：	性别：	年龄：	出生日期：
患者身份证号：		联系电话：	
是否曾于我院就诊： 是/否		血液病医院就诊病案号：	
目前诊断：		确诊时间：	
确诊医院：			
主要检查结果： 骨穿： 基因： 其他：			
目前治疗情况及效果： 主要服药药物及剂量： 是否需要输血或输血小板： 其他情况：			
义诊时间：2019年7月3日至26日期间，竺晓凡主任、陈玉梅主任门诊时间（每周周三、周四及周五上午）			
预约义诊时间：7月 日或 日（请提前1周预约，如当天预约义诊的患者人数太多，会进行调整，请以邮件回复义诊时间为准）			
是否参加7月19日讲座及现场咨询： 是 / 否			

参与者或法定监护人意见：

参与者或法定监护人签名：

与患者关系：

签署日期： 年 月 日

真诚祝福您的孩子一生平安！