中国癌症基金会
帕捷特患者援助项目
医学问题报表

1. 患者信息					
患者姓名		性别		年龄	
患者疾病诊断名称					
主要问题描述					
2. 指定医生建议					
指定医生姓名 及所在医院名称					
指定医生建议内容					
指定医生签字盖章 （项目专用章）	签名：	盖章：		年　月　日	
授权医生签字盖章	签名：	盖章 ：		年　月　日	
备注：					
3. 项目办公室回复意见					
回复内容					
记录人员签名：		项目办公室主任签名：			
备注：					