附件

常德市健康扶贫对象医疗指导卡

（样稿）

对象姓名： 出生日期：

患病时间： 疾病名称：

家庭住址： 联系电话：

诊疗建议（包括生活方式、行为习惯、基本用药、建议诊疗医院）:

。

家庭医生：

联系电话：

年 月 日

注：本指导卡一式五份，健康扶贫对象、乡镇扶贫办、乡镇民政办、村级组织、乡镇卫生院各一份。