免费治疗申请表

**\*本表格每项必填，请真实填写，否则无效，如有虚假取消评选资格。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  | 籍贯 |  | 电话号码 |  |
| 职业 |  | 月薪 |  | QQ |  |
| 身高 |  | 体重 |  | 健康状况 |  |
| 患病类型 |  | | | | |
| 入院时间 |  | | | | |
| 当前皮  损状况 |  | | | | |
| 用药史 |  | | | | |
| 有无其他病症（有则详细说明）： | | | | | |
| 一年内是否使用强效激素或生物制剂（有则详细说明）： | | | | | |
| 当前使用药物： | | | | | |

**备注：随文档提供全身清晰皮损照片，要求至少三张，露脸。**

**特殊或严重部位请提供特写。**