附件2

# 门诊慢特病药品供应配备情况表

单位名称：　　医疗保障编码：

| 病种名称 | 主要用药品种配备情况 | 备注 |
| --- | --- | --- |
| 恶性肿瘤门诊治疗（含白血病） | | |
| ... | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

备注：1. 请填写药品配备情况（名称、数量）；
2. 经营医疗保险药品种数按照国家药品目录中的药品种类为准，西药种类按通用名计算、中成药种类按目录中的类别计算。