

南方医科大学珠江医院“寻声者”公益救助申请表

编号: 2024076(寻声者)

申请日期: 2024 年 2 月 5 日

病人资料	姓名	曾用名	性别	出生年月	户籍所在地	
	张晚楠	—	女	2020年7月7日	广东省	
	身份证号码					
	参加医保情况		☐ 新农合 ☒ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
双侧感音神经性聋		南方医科大学珠江医院		15万		
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	张军保	男	31	父女	销售员	
	陈连娣	女	32	母女	无业	
申请救助理由	本人是张晚楠的母亲。家庭收入不稳定。家有两女。在外租房。我的收入均多平时开销。妻子在家带孩子。无收入来源。医院判定我女儿双侧极重度耳聋。需要植入人工耳蜗。面对高额的手术费。收入微薄。无法拿出手术费。我向院方申请贫困救助资金。帮助我女儿早日完成手术。 本人保证上述情况完全真实。本人完全了解并接受“寻声者”项目各项约定。 申请人签名: 张军保 2024年2月5日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 双侧极重度感音神经性聋。进行人工耳蜗植入。 约15万。 医师签名: 3108 2024年2月22日					
	医院意见: 同意资助 建议给予医疗救助金 3万 元。 (大写: 三万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 李伟 2024年3月1日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助叁万之整 负责人(签名): 高咏 2024年3月11日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

听障患者人工耳蜗公益救助款收据

病童姓名: 张晓榆 性别: 女 年龄: 3
病种: 双耳极重度感音神经耳聋 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款30,000元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为张晓榆的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈连娟

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): 苏晓娟

电 话: [REDACTED]

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024 年 3 月 18 日

南方医科大学珠江医院

门(急)诊病历

ID号: 4969354 就诊次数: 3 就诊时间: 2024-01-29 11:15

姓名: 张晓榆 性别: 女 年龄: 3岁6月

费别: 自费 联系电话: 15347573755 科室: 耳科门诊

药物过敏史: 无

体温: °C;

主诉: 自幼听力障碍

现病史: 出生后新生儿听力筛查“右耳未通过”。家长诉患儿学语迟缓, 自幼对声音反应差。偶尔说个别单音节词。2024-1-22
广州市妇儿中心ABR示双耳极重度聋。

既往史: 足月出生, 无缺氧、黄疸等病史。无先天性耳聋家族史。

查体记录: 体重13kg。双侧外耳道鼓膜未见异常。我院ABR示双侧极重度聋, DPOAE示双耳未引出。CT及MRI未发现内耳畸形。

诊断: 双侧感音神经性听觉丧失(极重度)

诊疗意见:

嘱托: 建议行人工耳蜗植入。



医生签名: 张宏征

签名时间: 2024-01-29 11:14

第 1 页, 共 1 页

打印时间: 2024-01-29

证 明

兹有我村委会 东港村张军保，男，身份证：[REDACTED]，妻，陈连娣，女，身份证：[REDACTED]，其本人没有固定工作，无收入来源。

特此证明：



2024 年 1 月 24 日

本人签名：张军保

电话号码：[REDACTED]

