

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025608

申请日期: 2025 年 11 月 6 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	[模糊]		男	2015.3.26	[模糊]		湖南省永兴县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	急性淋巴细胞白血病		中山大学附属第一医院	2025.6.25	40万	[模糊]	[模糊]
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名;	
	父亲	[模糊]	37	良好	[模糊]	2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>33-53</u> 元	
申请救助理由（请详细描述）	母亲	[模糊]	25	良好	[模糊]	3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车	
	4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☒ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明						
张子 [模糊] 2025 年 6 月 25 日确诊急性淋巴细胞白血病, 目前在中山大学附属第一医院治疗, 需化疗加免疫治疗, 父母在学院护理无法工作, 没有经济来源。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [模糊] 2025 年 11 月 6 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿 [模糊] 目前诊断急性淋巴细胞白血病, 住院化疗中, 预计化疗费用 30-40 万元。						
	医师签名: [模糊] 2025 年 11 月 6 日 医院意见（盖章）: 快办住院, 请补好医保办住院 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: [模糊] 2025 年 11 月 7 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 周基明 2025 年 11 月 17 日							



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: 10
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 11 月 18 日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：马

科别：儿科二科

床号

住院号

出院患者疾病证明书

姓名：马 性别：男 年龄：10岁 出院科别：儿科二科 住院号

入院日期：2025年10月08日 出院日期：2025年10月12日

出院诊断：1. 急性淋巴细胞白血病，BIII (中危，缓解期)，2. 恶性肿瘤维持性化学治疗，3. 化疗后骨髓抑制 (II级)，4. 肝功能损害，5. 左房扩大，6. 超声心动图异常 (GLS减低)，7. 副脾，8. 龅齿，9. 屈光不正 (ou)

入院情况及诊疗经过：患儿主因“确诊急性淋巴细胞白血病3月余，返院复查”入院。入院后完善检查，排除禁忌症后，予腰椎穿刺术及鞘内药物注射术，过程顺利；予大剂量MTX输注，患儿无发热、头痛、咳嗽、呼吸困难、皮疹、肝酶升高、尿少等症状，尿量 $>268\text{ml/h}$ ，29.5h MTX $7.40\mu\text{mol/L}$ ；46h MTX $0.35\mu\text{mol/L}$ ，予亚叶酸钙解救3次。现一般情况可，予出院。

医师：王丽娜

2025年10月11日



家庭情况说明

兹有患儿：王，患：急性淋巴细胞白血病疾病，
性别：男，年龄：10岁，是湖南省（区、市）郴州市
（州）永兴县（区）便江街道乡镇（街道）惠民村
民小组（居委会），父亲：王，母亲：李村民（居
民）的儿子/女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿
全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资
助。

患儿父亲: 王 身份证: _____
患儿母亲: 李 身份证: _____

村（居）委会经办人签字：_____

联系电话:

(盖章)

居民委员会

2025 年 11 月 5 日

