附件：1.《设置医疗机构申请书》

2.《设置医疗机构批准书》

3.《设置医疗机构备案书》

4.《设置医疗机构备案回执》

5.《医疗机构设置备案处理意见书》

6.《资信证明》

7.《医疗机构注册登记申请书》

8.《医疗机构变更登记申请书》

9.《医疗机构注销登记申请书》

10.《医疗机构校验申请书》

11.医疗机构备案信息表

12.备案项目登记表

（请通过山东省卫生健康委员会网站自行下载）

附件1

设置医疗机构申请书

被申请机关:

|  |  |
| --- | --- |
| 设置单位（人）： 地址：  联系人： 联系方式： | |
| 申  请  核  定  项  目 | 类 别 |
| 名 称 |
| 选 址 |
| 所有制形式 |
| 经营性质 |
| 床位（牙椅） |
| 服务对象 |
| 诊疗科目 |
| 投资总额 |
| 其 他 |
| 提交文件目录：  ⑴  ⑵  ⑶  ⑷  ⑸  ⑹  ⑺  ⑻ | |

设置单位（人）： （章） 年 月 日

填写说明

1.被申请机关：填写设置审批机关；

2.设置单位（人）：填写拟设医疗机构的上级主管单位或出资人；

3.地址：填写设置单位(人)的法定地址，个人填写家庭地址；

4.类别：按照《医疗机构管理条例实施细则》第三条填报相应类别；

5.名称：填写申请的医疗机构名称；

6.选址：拟设医疗机构所在地的详细地址；

7.所有制形式：从下列形式中选择相应项目填报：

a、全民 b、集体 c、私人 d、中外合资（合作）e、其他（股份制、股份合作制）

8.经营性质：填写政府举办非营利性、非政府办非营利性、营利性；

9.床位(牙椅)：填写拟建床位数、牙椅数以及观察床位数；

10.服务对象： a、社会 b、内部 ，只能填报一个；

11.诊疗科目：完整填写申请的一级、二级科目；附件2

设置医疗机构批准书

批准文号: 字〔 〕 号

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

经核准同意按照下列事项设置医疗机构:

类 别:

名 称:

选 址:

经营性质：

床位(牙椅):

服务对象:

诊疗科目:

投资总额:

其他:

本批准书有效期至 年 月 日止。

批准机关: (章)

年 月 日

注：本批准书应向上级审批部门备案，上级审批部门则有权在30日内纠正本批准书。

填写说明：“批准文号”依据当年批准设置的流水号单独编号。

附件3

设置医疗机构备案书

（上级审批部门全称） ：

经我单位研究决定，设置一所为 服务的医疗机构，该医疗机构选址在 ；投资总额为 。请予以备案，并请核定以下项目：

类别：

名称：

诊疗科目：

床位（牙椅）：

其他

备案单位： （章）

年 月 日

附件4

设置医疗机构备案回执

： 编号：

年 月 日报我委（局）的《设置医疗机构备案书》收到并已备案。

核定项目如下：

类别：

名称：

诊疗科目：

床位（牙椅）：

其他：

此复。

（章）

年 月 日

附件5

医疗机构设置备案处理意见书

：

你局提交的关于设置审批 的备案报告收悉，根据有关规定，提出如下意见：

签章：

年 月 日

附件6

资 信 证 明

|  |  |
| --- | --- |
| 设置单位（人） |  |
| 地址 |  |
| 资金总额： 万元；  其 中：固定资金 万元；流动资金 万元 | |
| 固定资金来源  构成和数额 |  |
| 流动资金  来源和数额 |  |
| 主管财务  单位证明 | 经审查，情况属实，同意将固定资金 万元和流动资金 万元作为该医疗机构的注册资金（资本）。我单位对上述注册资金（资本）的真实性承担责任。  负责人签字：  年 月 日（公章） |
| 财政部门  或其认定  部门意见 | 审查意见  负责人签字：  年 月 日（公章） |
| 附注 | 流动资金来源按照会计科目具体项目填写 |

注：无上级主管部门的设置单位或者个人，应当提交银行或具有法定资格的验资机构、审计机构出具并附出具单位的资质证件复印件。

附件7

医疗机构

执业登记申请书

设置单位（人） （章）

组建负责人 （章）

登 记 号

(医疗机构代码)

申请日期 年 月 日

批准文号 字（ ）第 号

**山东省卫生健康委员会制**

**填 表 说 明**

**一、总体要求：**

1、此表为医疗机构向登记机关申请《医疗机构执业许可证》时专用。

2、本申请表除法定代表人签字(钢笔或签字笔)、申请单位签章外，其他项目一律使用A4规格纸张反正面打印（中文使用仿宋\_GB2312小四号字，英文使用12号字），手写无效，签字需用黑色或蓝黑色墨水。

3、使用中国法定计量单位和符号。

4、规范填写，文字简练，不得涂改。

5、申请单位应当在申请表封面加盖单位公章。

**二、封面填写要求：**

6、设置单位（人）：填写本医疗机构的上级主管单位或出资人，填写名称需与印章一致。

7、组建负责人：指设置单位（人）指定的医疗机构组建负责人。

8、登记号：即医疗机构代码，由登记注册机关统一编号填写。

9、申请日期：指注册书上交卫生健康行政部门的日期（现场手签）。

10、批准文号：填写设置医疗机构批准文号。

**三、医疗机构简况填写要求：**

11、医疗机构名称：指卫生健康行政部门核准的医疗机构全称。

12、所有制形式：在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。

13、隶属关系：在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个，所选项目需根据设置单位确定。

14、主管单位名称：指设置单位或系统内卫生健康行政部门的名称。

15、服务对象：填写要求同12。

16、医疗机构地址：与设置批准地址一致，行政区、路、牌、号应填写完整。

17、法定代表人：医疗机构为独立法人机构，只填写其法定代表人姓名；医疗机构为非独立法人机构的，则填写具有法人地位的主管单位的法定代表人姓名及本机构主要负责人情况。

18、占地面积：按土地使用证面积填写，如无土地使用证，按实际占用数填写。

19、建筑面积：按医院总办公建筑面积填写，不包括宿舍建筑面积。

20、资金总计：固定资金加流动资金，应与月报表中的资金占用额一致。

21、固定资金：月报表中的固定资产加待处理固定资产盘亏。

22、备注：填写统一社会信用代码和其他需备注的内容。

**四、诊疗科目填写要求：**

23、在诊疗科目代码前的口内用划“√”方式填报。

24、医疗机构凡在某一级科目下设置二级学科（专业组）的，应填报到所列二级科目：未划分二级学科的（专业组），只填报到一级诊疗科目。在某科目下只开展门诊服务的，应在备注栏注明“门诊”字样。

25、只开展专科病诊疗的机构，应填报专科病诊疗所属的科目，并在备注栏注明专科病名称，如颈椎病专科诊疗机构填写“骨科”并于备注栏注明“颈椎病专科”。

26、诊疗科目注释：

①预防保健科：含社区保健、儿童计划免疫、健康教育等；

②全科医疗科：由医务人员向病人提供综合（不分科）诊疗服务和家庭医疗服务的均属此科目，如社区卫生服务站、基层诊所、卫生所（室）等提供的服务；

③小儿外科：医疗机构仅在外科提供部分儿童手术，未独立设立本专业的，不填报本科目；

④职业病科：二级科目只供职业病防治机构使用。综合医院经批准设职业病科的，不需再填二级科目；

⑤特种医学与军事医学科：含航天医学、航空医学、航海医学、潜水医学、野战外科学、军队各类预防和防护学科等；

⑥介入放射学：在各临床科室开展介入放射学检查和治疗的，均应申报本科目。

**五、人员情况填写要求：**

27、在每项空格中填写相应项目的人数。

28、职工总数：按支付工资的职工（固定工、合同工）统计。包括医院等卫生机构中的幼儿园、托儿所、药厂等附属机构的职工。不包括临时工、计划外用工，离、退休人员；也不包括独立核算、自负盈亏的服务公司的职工。医学院校教育编制主要工作在附属医院的人员也统计在职工总数中。“职工总数”应为“卫生技术人员数”、“其他技术人员数”和“行政后勤人员数”之和。

29、人员分类：医疗机构的人员按现任职务划分（通过考核及晋升，技术职称与职务应一致，如有不一致的情况应以职务为准），不按所学的专业划分。医疗机构的负责人和主要从事管理工作的卫生技术人员计入“行政后勤人员”中。

30、“其中卫生技术人员数”应为“中医医生”、“西医医生”、“中药人员”、“西药人员”、“检验人员”、“护理人员”、“放射技术人员”、“口腔技术人员”、及“其他卫技人员”之和。

31、具有医疗、教学或科研多职称的卫生技术人员还应填写 “ 研究人员”、“ 教学人员”中相应项目。“其他中医”指尚未评定技术职称的中医。“其他初级卫生技术人员”包括防疫员、检疫员、消毒员、牙科技术员、理疗、放射线技术员、营养员、妇幼保健员、接生员等初级卫生技术人员和中医学徒。

32、管理人员；医疗机构的负责人和职能科室的各级管理人员按职称分类计入“管理人员”的各项中，财会人员除外。

33、其他人员；指原在大专院校，中专学过数学、物理、化学等非卫生专业、现从事科研、教学、医疗器械修配、卫生宣传等技术工作人员、不包括原学这些专业，现从事管理工作的人员。

34、康复治疗人员指从事运动治疗、作业治疗、言语治疗、物理因子治疗和传统康复治疗的人员。

**六、仪器设备情况填写要求：**

35、普通设备按医疗机构基本标准中的医疗设备标准逐项填写。

**七、提交文件、证件和部门审核意见填写要求：**

36、申请执业登记提交文件、证件表内只填写目录，具体内容另附。

37、医疗机构为政府或企事业单位下设单位的，资信证明均由上级主管部门出具，其他由银行或具有法定资格的验资机构、审计机构出具并附出具单位资质证件复印件。

38、医疗机构法定代表人任职证明需另附法定代表人的任职文件和原任职务的免职文件；

39、上级主管部门签署意见：由医疗机构的设置单位或系统内卫生健康主管部门填写。

40、审查、主管部门领导意见核批、核准登记事项，核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况均由登记机关填写。

**医 疗 机 构 简 况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | | | | | 开业日期 年 月 | | | | |
| 登记号（医疗机构代码） | | | | | | | | | | | |
| 所有制形式 （1）全民 （2）集体 （3）私人 （4）中外合资合作 （5）其他  （6）股份制（7）股份合作制 （ ） | | | | | | | | | | | |
| 隶属关系 （1）中央属 （2）省、自治区、直辖市属 （3）直辖市区、省辖市、地区（盟）属  （4）省辖市区、地辖市区、地辖市属 （5）县（旗）属 （6）街道办事处属  （7）乡（镇）属 （8）村属 （9）其他 （ ） | | | | | | | | | | | |
| 主管单位名称 | | | | | | | | | | | |
| 服务对象 （1）社会 （2）内部 （3）境外人员 （4）社会＋境外人员 （ ） | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构地址 市 县 号 | | | | | | | | | | | |
| 行政区划代码 | | | | | | | | | | 邮政编码 | |
| 联系人 | | | | 电 话 | | | | | | 传 真 | |
| 法  定  代  表  人 | 姓名 性别 | | | | 主  要  负  责  人 | | | 姓名 性别 | | | | |
| 出生年月 专业 | | | | 出生年月 专业 | | | | |
| 职务 职称 | | | | 职务 职称 | | | | |
| 最高学历 | | | | 最高学历 | | | | |
| 有效身份证号码 | | | | 有效身份证号码 | | | | |
| 占地  平方米  面积 | | 建筑  平方米  面积 | | | 建筑面积中  平方米  业务用房面积 | | | | | | 门诊建  　　　　　平方米  筑面积 | |
| 资金总计 万元 | | | 固定资金 万元 | | | | | | 流动资金 万元 | | | |
| 服务方式 □门诊 □急诊 □住院 □家庭病床 □巡诊 □其他 | | | | | | | | | | | | |
| 床位数 | | | | | | 牙科诊椅数 | | | | | | |
| 备注 | | | | | | | | | | | | |

**医疗机构诊疗科目申报表**

请在□中划“√”

|  |  |
| --- | --- |
| **代码 诊疗科目 备注 代码 诊疗科目 备注** | |
| □01. **预防保健科**  □02. **全科医疗科**  □03. **内科**  □03.01 呼吸内科专业  □03.02 消化内科专业  □03.03 神经内科专业  □03.04 心血管内科专业  □03.05 血液内科专业  □03.06 肾病学专业  □03.07 内分泌专业  □03.08 免疫学专业  □03.09 变态反应专业  □03.10 老年病专业  □03.11 其他  □04.  **外科**  □04.01 普通外科专业  □04.01.01 肝脏移植项目  □04.01.02 胰腺移植项目  □04.01.03 小肠移植项目  □04.02 神经外科专业  □04.03 骨科专业  □04.04 泌尿外科专业  □04.04.01 肾脏移植项目  □04.05 胸外科专业  □04.05.01 肺脏移植项目  □04.06 心脏大血管外科专业  □04.06.01 心脏移植项目  □04.07 烧伤科专业  □04.08  整形外科专业  □04.09 其他  □05. **妇产科**  □05.01 妇科专业 | □05.02 产科专业  □05.03 计划生育专业  □05.04 优生学专业  □05.05 生殖健康与不孕症专业  □05.06 其他  □06. **妇女保健科**  □06.01 青春期保健专业  □06.02 围产期保健专业  □06.03 更年期保健专业  □06.04 妇女心理卫生专业  □06.05 妇女营养专业  □06.06 其他  □07. **儿科**  □07.01 新生儿专业  □07.02 小儿传染病专业  □07.03 小儿消化专业  □07.04 小儿呼吸专业  □07.05 小儿心脏病专业  □07.06 小儿肾病专业  □07.07 小儿血液病专业  □07.08 小儿神经病学专业  □07.09 小儿内分泌专业  □07.10 小儿遗传病专业  □07.11 小儿免疫专业  □07.12 其他  □08. **小儿外科**  □08.01 小儿普通外科专业  □08.02 小儿骨科专业  □08.03 小儿泌尿外科专业  □08.04 小儿胸心外科专业  □08.05 小儿神经外科专业  □08.06 其他 |

|  |  |
| --- | --- |
| **代码 诊疗科目 备注 代码 诊疗科目 备注** | |
| □09. **儿童保健科**  □09.01 儿童生长发育专业  □09.02 儿童营养专业  □09.03 儿童心理卫生专业  □09.04 儿童五官保健专业  □09.05 儿童康复专业  □09.06 其他  □10. **眼科**  □11. **耳鼻咽喉科**  □11.01 耳科专业  □11.02 鼻科专业  □11.03 咽喉科专业  □11.04 其他  □12. **口腔科**  □12.01 牙体牙髓病专业  □12.02 牙周病专业  □12.03 口腔粘膜病专业  □12.04 儿童口腔专业  □12.05 口腔颌面外科专业  □12.06 口腔修复专业  □12.07 口腔正畸专业  □12.08 口腔种植专业  □12.09 口腔麻醉专业  □12.10 口腔颌面医学影像专业  □12.11 口腔病理专业  □12.12 预防口腔专业  □12.13 其他  □13. **皮肤科**  □13.01 皮肤病专业  □13.02 性传播疾病专业  □13.03 其他 | □14. **医疗美容科**  □14.01 美容外科专业  □14.02 美容牙科专业  □14.03 美容皮肤科专科  □14.04 美容中医科专业  □15. **精神科**  □15.01 精神病专业  □15.02 精神卫生专业  □15.03 药物依赖专业  □15.04 精神康复专业  □15.05 社区防治专业  □15.06 临床心理专业  □15.07 司法精神专业  □15.08 其他  □16. **传染科**  □16.01 肠道传染病专业  □16.02 呼吸道传染病专业  □16.03 肝炎专业  □16.04 虫媒传染病专业  □16.05 动物源性传染病专业  □16.06 蠕虫病专业  □16.07 其他  □17. **结核病科**  □18. **地方病科**  □19. **肿瘤科**  □20. **急诊医学科**  □21. **康复医学科**  □22. **运动医学科**  □23. **职业病科**  □23.01 职业中毒专业  □23.02 尘肺专业 |

**医疗机构诊疗科目申报表** 请在□中划“√”

|  |  |
| --- | --- |
| **代码 诊疗科目 备注 代码 诊疗科目 备注** | |
| □23.03 放射病专业  □23.04 物理因素损伤专业  □23.05 职业健康监护专业  □23.06 其他  □24. **临终关怀科**  □25.  **特种医学与军事医学科**  □26. **麻醉科**  □27. **疼痛科**  □28. **重症医学科**  □30.  **医学检验科**  □30.01 临床体液，血液专业  □30.02 临床微生物学专业  □30.03 临床化学检验专业  □30.04 临床免疫、血清学专业  □30.05 临床细胞分子遗传学专业  □30.06 其他  □31. **病理科**  □32.  **医学影像科**  □32.01 X线诊断科专业  □32.02 CT诊断专业  □32.03 磁共振成像诊断专业  □32.04 核医学专业  □32.05 超声诊断专业  □32.06 心电诊断专业  □32.07 脑电及脑血流图诊断专业  □32.08 神经肌肉电图专业  □32.09 介入放射学专业  □32.10 放射治疗专业  □32.11 其他  □50. **中医科**  □50.01 内科专业 | □50.02 外科专业  □50.03 妇产科专业  □50.04 儿科专业  □50.05 皮肤科专业  □50.06 眼科专业  □50.07 耳鼻咽喉科专业  □50.08 口腔科专业  □50.09 肿瘤科专业  □50.10 骨伤科专业  □50.11 肛肠科专业  □50.12 老年病科专业  □50.13 针灸科专业  □50.14 推拿科专业  □50.15 康复医学专业  □50.16 急诊科专业  □50.17 预防保健科专业  □50.18 其他  □51. **民族医学科**  □51.01 维吾尔医学  □51.02 藏医学  □51.03 蒙医学  □51.04 彝医学  □51.05 傣医学  □51.0 其他  □52. **中西医结合科**  **无编码已核定，以及特殊医疗技术项目：** |

**人员情况统计表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工总数： | | 其中卫生  技术人员数： | | | 其他技术  人员数： | | 行政后勤  人员数： | | |
| 中医 | 主任中医师 | | 副主任中医师 | 主治中医师 | | 住院中医师 | | 助理医师 |  |
| 医生 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 西医  医生 | 主任西医师 | | 副主任西医师 | 主治西医师 | | 住院西医师 | | 助理医师 |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |
| 中药 | 主任中药师 | | 副主任中药师 | 主管中药师 | | 中药剂师 | | 中药剂士 |  |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 西药  人员 | 主任西药师 | | 副主任西药师 | 主管西药师 | | 西药剂师 | | 西药剂士 |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |
| 检验 | 主任检验师 | | 副主任检验师 | 主管检验师 | | 检验师 | | 检验士 |  |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 护理 | 主任护师 | | 副主任护师 | 主管护师 | | 护师 | | 护士 | 护理员 |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 放射技 | 主任技师 | | 副主任技师 | 主管技师 | | 技师 | | 技士 |  |
| 术人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 口腔技 | 主任技师 | | 副主任技师 | 主管技师 | | 技师 | | 技士 |  |
| 术人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 其他卫技人员 | 中西医结合医师 | | 其他技师 | 其中：营养师 | | 助产士 | | 其他技士 | 其中：  营养士 |
|  | |  |  | |  | |  |  |
| 其他中医 | | 其他初级  卫技人员 | 其中：  中医学徒 | | 一技之长 | |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |
| 研究 | 研究员 | | 副研究员 | 助理研究员 | | 实习研究员 | |  |  |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 教学 | 教授 | | 副教授 | 讲师 | | 助教 | |  |  |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管  理  人  员 | 主任中医师 | 副主任中医师 | 主治中医师 | 中医师 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任西医师 | 副主任西医师 | 主治西医师 | 西医师 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任中药师 | 副主任中药师 | 主管中药师 | 中药师 | 中药士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任西药师 | 副主任西药师 | 主管西药师 | 西药师 | 西药士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任护师 | 副主任护师 | 主管护师 | 护师 | 护 士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任技师 | 副主任技师 | 主管技师 | 技师 | 技 士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 其他技术人员 | | 其中：高级 | 中级 | 初级 | |
|  | |  |  |  | |
| 无职称人员 |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 工程  技术 | 高级工程师 | 工程师 | 助理工程师 | 技术员 |  |  |
| 人员 |  |  |  |  |  |  |
| 财会 | 高级会计师 | 会计师 | 助理会计师 | 会计员 |  |  |
| 人员 |  |  |  |  |  |  |
| 其他 | 高级职称： | | | 中级职称： | | |
| 人员 | 工人： | | | 康复治疗  人 员： | | |
| 乡村医生 | | | | 村卫生员： | | |

医疗机构卫生技术人员名录

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室 | 姓名 | 职务 | 职称 | 身份证号码 | 执业证  书名称 | 执业证  书编号 | 医师执业范围 | 现注册执业地点 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：药师、技师不填写注册情况。

**仪 器 设 备 统 计 表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名 称 | 数量 | 名 称 | 数量 |
|  | (1)伽玛刀 |  | (12)腹腔镜(手术用) |  |
| (2)核磁共振成像仪(MRI) |  | (13)碎石机 |  |
| 大 | (3)全身CT |  | (14)彩色多普勒成像仪 |  |
| 型 | (4)头部CT |  | (15)自动生化分析仪(10万元以上) |  |
| 仪 | (5)钴一60治疗机 |  | (16)血液透析机 |  |
| 器 | (6)加速器 |  | (17)环氧乙烷消毒设备 |  |
| 设 | (7)500mA X光机 |  | （18）PET |  |
| 备 | (8)800mA X光机 |  | （19）X刀 |  |
| (9)100mA以上X光机 |  | （20）超高速CT(UFCT) |  |
| (10)r一照相机 |  | （21）眼科准分子激光治疗仪 |  |
| (11)体外循环机 |  |  |  |
| 普  通  设  备 |  |  |  | |

注：普通设备栏如不够，请自行另附页。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 普通设备名称 | 数量 | 普通设备名称 | 数量 |
|  |  |  |  |

**提交文件、证件和部门审查意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请  执业  登记  提交  的文  件、  证件 |  |
| 上级  主管  部门  签署  意见 | 年 月 日 (章) |
| **审查、主管部门领导核批意见** | |
| 审查  人员  意见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管  领导  意见 | 签字： 年 月 日 |
| 审批  意见 | 签字： 年 月 日 |

**核 准 登 记 事 项**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 执业许可证登记号：  (医疗机构代码) | | |
| 医疗机构类别： | | 名称： |
| 地址： 邮编： | | |
| 法定代表人(主要负责人)： | | 所有制形式： |
| 注册资金(资金)： | | 职工人数： |
| 服务对象： | | 服务方式： |
| 占地面积： 平方米 | | 建筑面积： 平方米 |
| 诊疗科目： | | |
| 床位数： | 牙椅数： | |
| 其他项目： | | |
| 核准药品种类： | | |

**核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 批准文号 |  | 核准日期 |  |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 领证人签字： 领证日期： | | | |
| 发证人签字： 发证日期： | | | |
| 登记文件、  证件、资料  归档情况 | 档案管理人员签字： 年 月 日 | | |
| 医疗机构  登记公告  刊登情况  记 录 | 记录签字： 年 月 日 | | |
| 备  注 |  | | |

附件8

**医疗机构**

**变更登记申请书**

医疗机构名称 (章)

登 记 号

(医疗机构代码)

法定代表人 (章)

(主要负责人)

申请日期 年 月 日

**山东省卫生健康委员会制**

**填 表 说 明**

**一、总体要求：**

1、此表为医疗机构向登记机关申请变更《医疗机构执业许可证》核准内容时专用。

2、本申请表除法定代表人签字(钢笔或签字笔)、申请单位签章外，其他项目一律使用A4规格纸张反正面打印（中文使用仿宋\_GB2312小四号字，英文使用12号字），手写无效，签字需用黑色或蓝黑色墨水。

3、使用中国法定计量单位和符号。

4、规范填写，文字简练，不得涂改。

5、申请单位应当在申请表封面加盖单位公章。

**二、封面填写要求：**

6、医疗机构名称：填写第一名称并与印章一致。

7、登记号（医疗机构代码）：填写《医疗机构执业许可证》登记号。

8、申请日期：指向卫生健康行政部门提交注册书的日期（现场手签）。

**三、申请变更登记事项填写要求**：

9、“原核准登记事项”按照《医疗机构执业许可证》登记内容填写；

10、“申请变更登记事项”只填写需要变更登记事项，不需要变更的划“／”表示；申请变更登记事项填写变更后的内容，诊疗科目处填写“增加（或注销）××科目”。

11、备注：填写统一社会信用代码和其他需备注的内容。

**四、提交文件、证件及上级卫生健康行政部门意见填写要求**：

12、申请变更登记提交文件、证件表内只填写目录，具体内容另附；

13、申请变更登记理由简要说明并附变更申请文件；

14、上级主管部门签署意见：由医疗机构的设置单位或系统内卫生主管部门填写。

**五、附受理、审查、核准医疗机构变更登记，核准变更登记事项，核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况均由卫生健康行政部门填写。**

申请变更登记事项

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 | 原核准登记事项 | 申请变更登记事项 |
| 名 称 |  |  |
| 地 址 |  |  |
| 法定代表人  (主要负责人) |  |  |
| 所有制形式 |  |  |
| 服务对象 |  |  |
| 服务方式 |  |  |
|  | 合计： | 合计： |
| 注册资金 | 固定  资金 | 固定  资金 |
| (资本) | 流动  资金 | 流动  资金 |
| 诊疗科目 |  |  |
| 床位(牙椅) |  |  |
| 备注： | | |

**医疗机构法定代表人任职证明**

卫生健康委（局）：

兹证明 同志具备完全民事行为能力，符合《医疗机构管理条例实施细则》规定的条件，经正式任命（选举、选聘）拟在 担任

职务，是该医疗机构的法定代表人，按照规定代表医疗机构行使职权。

兼任其他职务情况：

特此证明

人事主管部门（章） 上级主管部门（章）

年 月 日

注：另附法定代表人的任职文件和原任职务的免职文件。

**医疗机构法定代表人签字表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 职务 |  |
| 人事关系  所在单位 |  | | 电话 |  |
| 工作单位  地 址 |  | | 电话 |  |
| 家庭住址 |  | | 电话 |  |
| 签字 | 年 月 日 | 人事关系  所在单位 | | （章）  年 月 日 |
| 身份证复印件：  （身份证复印件上盖有单位印章） | | | | |
| 本医疗机构印章： 法人代表人印章：  年 月 日 | | | | |

**相关科室卫生技术人员名录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室 | 姓名 | 职务 | 职称 | 身份证号码 | 执业证  书名称 | 执业证  书编号 | 医师执业范围 | 现注册执业地点 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：药师、技师不填写注册情况。

医疗美容服务项目申报表（请在□中划“√”）

申报单位： 申报日期：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请美容外科项目级别：** □**一级** □**二级** □**三级** □**四级** | | |
| **医疗美容项目** | **主诊医师** | **相关专业及工作年限** |
| **美容外科**  **1．一级项目**  **（1）头面部：**  □重唇修复术  □招风耳矫正术  □眉修整术  □眉提升术  □重睑成形术  □下睑袋矫正术  □内眦成形术  □隆鼻术  □鼻尖成形术  □隆鼻术后硅胶取出术  □鼻小柱及鼻孔成形术  □唇峰、薄唇增厚术  □唇珠美容术  □厚唇矫正术  □酒窝成形术  □唇系带成形术  □颞部填充术  □隆颏术  □颊脂肪垫去除术  **（2）乳房、躯干：**  □乳头内陷矫正术  □乳头乳晕缩小术  □脂肪抽吸术（吸脂量＜1000ml）  **（3）会阴部：**  □处女膜修补术  □阴蒂肥大缩小术  □小阴唇成形术  **（4）其他：**  □体表小肿瘤切除术  □瘢痕切除缝合术  □穿耳孔术  □皮肤磨削术（面积不超过面部1/4）  □酒渣鼻切割术  □皮肤肿物切除术  □腋臭手术  □毛发移植术  □自体脂肪注射移植术  □皮肤扩张器技术  □A型肉毒毒素美容注射   1. **二级项目** 2. **头面部：**   □隐耳矫正术  □杯状耳矫正术  □耳畸形矫正术  □菜花耳矫正术  □驼峰鼻矫正术  □鹰钩鼻矫正术  □鼻畸形矫正术  □鼻翼缺损修复术  □颞部除皱术  □额部除皱术  □内窥镜下除皱术  □中面部除皱术 **（2）乳房及躯干：**  □隆乳术  □乳房下垂矫正术  □乳房液态填充物取出术  □脂肪抽吸术(1000ml≤吸脂量＜2000ml)   1. **会阴部：**   □阴茎延长术  □阴茎增大（增粗）术  □阴道紧缩术  **3．三级项目**  **（1）头面部：**  □全颜面皮肤磨削术  □全颜面及颌颈部除皱术  □不良文饰修复术  **（2）乳房、躯干：**  □脂肪抽吸术(2000ml≤吸脂量＜5000ml)  **4．四级项目**  **（1）头面部：**  □颧骨降低术  □下颌角肥大矫正术  □上下颌骨其它成形术  **（2）乳房、躯干：**  □巨乳缩小术(乳房肥大+重度下垂)  □腹壁成形术  **美容牙科项目（暂不分级）**  **1．牙齿美容修复技术**  □牙齿形态修整  □牙齿漂白  □复合树脂粘结修复  □瓷贴面修复  □嵌体修复  □桩核冠修复  □金属烤瓷冠桥修复  □全瓷冠修复  □临时冠修复  □可摘局部义齿美容修复  □全口义齿美容修复  □即刻义齿美容修复  □种植义齿美容修复  □粘结固定桥美容修复  □柔性义龈美容修复  □隐形义齿美容修复  □套筒冠义齿美容修复  □覆盖义齿美容修复   1. **牙周美容技术操作**  □洁治术   □牙龈切除术  □牙龈成形术  □牙冠延长术  □根尖复位瓣术  □侧向转位瓣术  □双乳头瓣移位术  □冠向复位瓣术  □自体游离龈瓣移植术 □牙周引导组织再生术  □牙槽骨修整术  **3．牙牙合畸形美容矫治**  □错牙合畸形的诊断、分类和矫治设计  □常见错牙合畸形的矫治  □正颌外科病例的正畸矫治  □活动性矫治器矫治  □功能性矫治器矫治  □固定矫治器矫治  **美容皮肤科项目（暂不分级）**  **1.无创治疗项目**  □内服、外用药物美容治疗  □光疗（红光、蓝光、紫外线等）治疗痤疮、色素性疾患及调节肤质  □红外线治疗  □倒膜及面部护理治疗痤疮、色斑及调节肤质  □冷喷治疗敏感性皮肤  □药物导入调节肤质  □药浴（含熏蒸）治疗敏感性皮肤及调节肤质  □其他针对皮损或缺陷的无创治疗  **2.有创治疗项目**  **（1）微创治疗项目**  □物理治疗：冷冻，电外科治疗（高频电治疗，电解，电灼治疗等），微波治疗，粉刺挤压，微针（Microneedle）治疗，其他针对皮肤病损或缺陷的物理治疗  □抽吸、注射及填充：局封（相关药物），硬化剂注射，肉毒素注射，填充物注射，吸脂与脂肪移植，其他针对皮损或缺陷的注射治疗  □化学剥脱  □激光和其它光（电磁波）治疗：  □激光治疗：包括除皱、消除皮肤松弛、脱毛、削磨，去瘢痕，去文身和文眉，去除色素性皮损，治疗血管性疾病所致皮肤异常，治疗皮肤增生物  □强脉冲光（IPL）治疗：包括除皱、消除皮肤松弛、脱毛、针对色素性皮损和血管性疾病所致皮肤异常的IPL治疗，皮肤瘢痕IPL治疗  □其他光（电磁波）治疗：射频治疗，超声治疗，光动力疗法  □其他针对皮损或缺陷的光疗或激光治疗  **（2）手术项目**  □皮肤肿物切除（美容目的）  □拔甲术  □刮除术  □腋臭手术  □足病修治术  □酒渣鼻切割术  □自体表皮移植术  □毛发移植术  □酒窝成形术  □多汗症治疗  □皮肤磨削  □白癜风治疗术（吸疱移植，相关细胞移植）  **美容中医科项目（暂不分级）**   1. **中药内服美容**   □中草药内服美容法治疗  □中成药内服美容法治疗  □中药膳食美容法治疗  **2．中药外治美容技术**。  □中药溶液外用美容技术湿敷、浸浴、足浴美容治疗  □中药粉剂外用美容技术膜剂美容治疗  □中药其他剂型美容治疗  □中药浸膏外用美容治疗  □中药紫外负离子喷雾美容治疗  □中药超声波透入美容治疗  □中药直流电离子导入美容治疗  □中药与其他现代仪器配合美容治疗  **3．针灸美容技术**  □针刺技术：毫针术、三棱针术、皮肤针（梅花针）术、皮内针术、火针术、电针术、水针（穴位注射）术、杵针术  □灸术：艾炷灸、艾条灸、温针灸、温灸器灸。  □穴位磁疗术  □耳针术  □拔罐术  **4．中医推拿美容技术**  □头面部美容经穴按摩技术  □躯体和四肢其它部位美容推拿技术  □足部美容按摩术  **5．其他中医美容技术**  □穴位埋线疗法术  □刮痧疗法术  □结扎法术 |  |  |

注：美容外科项目的分级管理说明。

1．可开展一级项目的机构。

（1）设有医疗美容科或整形外科的一级综合医院和门诊部。

（2）设有医疗美容科的诊所。

2．可开展一级、二级项目的机构。

（1）设有医疗美容科或整形外科的二级综合医院。

（2）设有麻醉科及医疗美容科或整形外科的门诊部。

3．可开展一级、二级、三级项目的机构。

美容医院。

4．可开展一级、二级、三级、四级项目的机构。

（1）三级整形外科医院。

（2）设有医疗美容科或整形外科的三级综合医院。

医疗机构开展戒毒医疗服务登记申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况 | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称 | | |  | | | | | | | |
| 地址 | | |  | | | | | | | |
| 联系人 | | |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 设置床位数 | | |  | | | | 每床净使用面积（m2） | |  | |
| 二、人员名录 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | | 职称 | 执业范围 | 工作经历 | | | 备注 | |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | | |  | |
| 三、仪器设备清单 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 仪器、设备名称 | | | | 型号 | | | 数量 | | 备注 |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
| 四、本机构关于戒毒治疗、精麻药品管理使用规章制度，及其他核心制度目录 | | | | | | | | | | |
| 序号 | 制 度 目 录 | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| **医疗**  **机构**  **设置**  **申请**  **意见** | | 法定代表人（签字）  年 月 日 | | | | | | | | |
| **上级**  **主管**  **部门**  **意见** | | 盖章（签字）  年 月 日 | | | | | | | | |

医疗机构建筑面积与床位分布和人员配备表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室  （病区） | 对应诊疗科目  （填报至二级科目） | 床位数  (牙椅) | 医师总数 | 副主任医师以上人数 | 护士  总数 | 其他卫  生技术  人员数 | 业务用房面积 | 每床净使用面积 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.检验科、药剂科卫生技术人员更改为检验师、检验士或药师、药士；

2.医师、护士填报已取得执业证书人员数；

3.对应诊疗科目对应填写执业许可证登记的诊疗科目，详细到二级诊疗科目。

提交文件、证件及上级卫生健康行政部门意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申请变更  登记提交  文件、证件 |  |
| 申请变更  登记理由 | 法定代表人  (主要负责人)签字： 年 月 日 |
| 医疗机构地址： 市 县 号  邮编： 联系人： 电话： | |
| 上级主管  部门签署  意 见 | 年 月 日 (章) |

受理、审查、核准医疗机构变更登记

|  |  |
| --- | --- |
| 受理  人员  意见 | 受理通知编号：      签字： 年 月 日 |
| 审查  (调查、  核实)  人员  意见 | 签字： 年 月 日 |

核准变更登记事项

|  |  |
| --- | --- |
| 登记号： | |
| 核 准 变 更 后 登 记 事 项 | |
| 名 称 | |
| 地 址 | |
| 法定代表人(主要负责人) | |
| 所有制形式 | |
| 服务对象 | |
| 服务方式 | |
| 注册资金(资本单位：万元) | |
| 诊疗科目 | |
| 床位(牙椅) | |
| 备注： | |
| 主审人  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管领  导意见 | 签字： 年 月 日 |
| 分 管  委主任  核 批 | 签字： 年 月 日 |

核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登记号： | | | |
| 核准日期 | | | |
| 领证人签字 |  | 领证日期 |  |
| 联系地址 |  | 电话 |  |
| 发证人签字 |  | 发证日期 |  |
| 登记文件、  证件、资料  归档情况 | 档案管理人员签字： 年 月 日 | | |
| 医疗机构  登记公告  刊登情况  记 录 | 记录人签字： 年 月 日 | | |
| 备 注 |  | | |

附件9

**医疗机构**

**注销登记申请书**

医疗机构名称 （章）

登 记 号

（医疗机构代码）

法定代表人： （章）

（主要负责人）

申请日期 年 月 日

**山东省卫生健康委员会制**

主要登记事项

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | |
| 地址 | 市 县 号 | |
| 所有制形式 |  | |
| 登记号（医疗机构代码）□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | |
| 开户银行 | |  |
| 开户银行帐号 | |  |
| 医疗机构  申请注销  登记理由 | | 法定代表人（负责人）签字：  年 月 日 |
| 上级  主管  部门  意见 | | 年 月 日（章） |

提交文件、证件及送交公章

|  |  |
| --- | --- |
| 办 理  注 销  登 记  提 交  文 件  证 件 |  |
| 医 疗  机 构  送 交  许可证  副 本  公 章  情 况 | 登记号：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 印模：  送件人签字： 收件人签字：  年 月 日 |
| 备 注 |  |

受理、审查、核准注销登记

|  |  |
| --- | --- |
| 受 理  人 员  意 见 | 受理通知书编号：  签字： 年 月 日 |
| 审 查  人 员  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 主审人  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管领  导意见 | 签字： 年 月 日 |
| 分 管  委领导  核 批 | 签字： 年 月 日 |

归档和公告情况

|  |  |
| --- | --- |
| 文件、证  件、资料  归档情况 | 档案管理人员签字： 年 月 日 |
| 注销医疗  机构公告  刊登情况 |  |
| 公 章  销 毁  情 况 | 销毁执行人： ，  销毁日期： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件10

医疗机构校验申请书

申请单位： （章）

法定代表人 ： （章）

（主要负责人）

登记号

（医疗机构代码）

申请日期 年 月 日

**山东省卫生健康委员会制**

**填 表 说 明**

**一、总体要求：**

1、此表为医疗机构向登记机关申请《医疗机构执业许可证》校验时专用。

2、使用A4规格纸张反正面打印（中文使用宋体小四号字，英文使用12号字，标题使用小2号黑体字），手写无效，签字需用黑色或蓝黑色墨水。

3、使用中国法定计量单位和符号。

4、规范填写，文字简练，不得涂改。

**二、封面填写要求**：

5、申请单位：申请校验的医疗机构，填写名称需与印章一致。

6、法定代表人：填写医疗机构登记的法定代表人。

7、主要负责人：如果医疗机构登记的法定代表人与主要负责人不一致，按《医疗机构执业许可证》登记。

8、登记号（医疗机构代码）：填写《医疗机构执业许可证》登记号。

9、申请日期：指注册书上交卫生健康行政部门的日期（现场手签）。

**三、医疗机构简况填写要求**：

10、医疗机构名称：指卫生健康行政部门核准的医疗机构全称。

11、所有制形式：在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。

12、隶属关系：在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个，所选项目需根据设置单位确定。

13、主管单位名称：指设置单位或系统内卫生健康行政部门的名称。

14、服务对象：填写要求同12。

15、医疗机构地址：与设置批准地址一致，行政区、路、牌、号应填写完整。

16、法定代表人：医疗机构为独立法人机构，只填写其法定代表人姓名；医疗机构为非独立法人机构的，则填写具有法人地位的主管单位的法定代表人姓名及本机构主要负责人情况。

17、占地面积：按土地使用证面积填写，如无土地使用证，按实际占用数填写。

18、建筑面积：按医院总办公建筑面积填写，不包括宿舍建筑面积。

19、资金总计：固定资金加流动资金，应与月报表中的资金占用额一致。

20、固定资金：月报表中的固定资产加待处理固定资产盘亏。

21、备注：填写统一社会信用代码和其他需备注的内容。

**四、诊疗科目填写要求：**

22、在诊疗科目代码前的口内用划“√”方式填报。

23、医疗机构凡在某一级科目下设置二级学科（专业组）的，应填报到所列二级科目：未划分二级学科的（专业组），只填报到一级诊疗科目。在某科目下只开展门诊服务的，应在备注栏注明“门诊”字样。

24、只开展专科病诊疗的机构，应填报专科病诊疗所属的科目，并在备注栏注明专科病名称，如颈椎病专科诊疗机构填写“骨科”并于备注栏注明“颈椎病专科”。

25.诊疗科目注释：

①预防保健科：含社区保健、儿童计划免疫、健康教育等；

②全科医疗科：由医务人员向病人提供综合（不分科）诊疗服务和家庭医疗服务的均属此科目，如社区卫生服务站、基层诊所、卫生所（室）等提供的服务；

③小儿外科：医疗机构仅在外科提供部分儿童手术，未独立设立本专业的，不填报本科目；

④职业病科：二级科目只供职业病防治机构使用。综合医院经批准设职业病科的，不需再填二级科目；

⑤特种医学与军事医学科：含航天医学、航空医学、航海医学、潜水医学、野战外科学、军队各类预防和防护学科等；

⑥介入放射学：在各临床科室开展介入放射学检查和治疗的，均应申报本科目。

**五、人员情况填写要求：**

26、在每项空格中填写相应项目的人数。

27、职工总数：按支付工资的职工（固定工、合同工）统计。包括医院等卫生机构中的幼儿园、托儿所、药厂等附属机构的职工。不包括临时工、计划外用工，离、退休人员；也不包括独立核算、自负盈亏的服务公司的职工。医学院校教育编制主要工作在附属医院的人员也统计在职工总数中。“职工总数”应为“卫生技术人员数”，“其他技术人员数”和“行政后勤人员数”之和。

28、人员分类：医疗机构的人员按现任职务划分（通过考核及晋升，技术职称与职务应一致，如有不一致的情况应以职务为准），不按所学的专业划分。医疗机构的负责人和主要从事管理工作的卫生技术人员计入“行政后勤人员”中。

29、“其中卫生技术人员数”应为“中医医生”、“西医医生”、“中药人员”、“西药人员”、“检验人员”、“护理人员”、“放射技术人员”、“口腔技术人员”、及“其他卫技人员”之和。

30、具有医疗、教学或科研多职称的卫生技术人员还应填写 “ 研究人员”、“ 教 学人员”中相应项目。“其他中医” 指尚未评定技术职称的中医。“其他初级卫生技术人员”包括防疫员、检疫员、消毒员、牙科技术员、理疗、放射线技术员、营养员、妇幼保健员、接生员等初级卫生技术人员和中医学徒。

31、管理人员；医疗机构的负责人和职能科室的各级管理人员按职称分类计入“管理人员”的各项中，财会人员除外。

32、其他人员；指原在大专院校，中专学过数学、物理、化学等非卫生专业、现从事科研、教学、医疗器械修配、卫生宣传等技术工作人员、不包括原学这些专业，现从事管理工作的人员。

33、康复治疗人员指从事运动治疗、作业治疗、言语治疗、物理因子治疗和传统康复治疗的人员。

**六、仪器设备情况填写要求：**

34、普通设备按医疗机构基本标准中的医疗设备标准逐项填写。

**七、上一年度业务工作概况填写要求：**

35、出院人数；指所有住院后出院的人数。包括正常分娩及未产出院的产妇、住院经检查无病出院、未治出院及健康人进行人工流产或绝育手术后正常出院等非病人数。

36、平均开放病床数，以“实际开放总床日数”被本年日历日数 (365天或366天) 除所得的商数。

37、实际占用的总床日数；指各院各科每日夜晚12点钟实际占用病床数 ( 即每日夜晚12点钟的住院人数)的总和。包括实际占用的临时床在内。病人入院后于当晚l2点钟以前死亡或因故出院的病人，亦应作为“实际占用总床日数”一天进行统计，同时亦应统计“出院者占用总床日数”一天，入院及出院人数各一人。

38、实际开放总床日数；指本年内各科每日夜晚12点钟开放病床数总和，不论 该床是否被病人占用，都应计算在内。包括因故 (如消毒、小修理等)暂时停用的病床，不包括因医院病房扩建、大修理或粉刷而停用的病床，以及临时增设的病床。

39、出院者占用总床日数；指出院者住院日数的总和。

40、出院者平均住院日计算公式：

出院者占用总床日数

出 院 人 数

41、床位周转次数计算公式：

出院人数

平均开放病床数

42、床位使用率（%）计算公式：

实际占用总床日数

实际开放总床日数

43、平均每一门诊诊疗人次医疗费（元）计算公式：

上一年全年门诊医疗费用总数（元）

上一年全年门诊诊疗人次总数

门诊医疗费用包括：挂号费、药费、检查治疗费等门诊收入。

44、平均每一出院者住院医疗费（元）计算公式：

上一年全年出院者住院医疗费用总数（元）

上一年全年出院总人数

住院医疗费用包括：床位费、药费、手术费、检查费等费用。

45、出院者平均每天住院医疗费（元）计算公式：

平均每一出院者住院医疗费（元）

住院者平均住院日

**八、提交文件、证件和上级卫生健康行政部门意见填写要求：**

46、申请执业登记提交文件、证件表内只填写“见目录”，具体内容另附。

47、上级卫生健康行政部门签署意见：由医疗机构的设置单位或系统内卫生健康行政部门填写。

**九、附表校验结论登记事项，医疗机构校验归档、公告情况均由登记机关填写。**

**医 疗 机 构 简 况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | | | | | | 开业日期 年 月 | | | |
| 登记号（医疗机构22位代码） | | | | | | | | | | | |
| 所有制形式（1）全民（2）集体（3）私人（4）中外合资合作（5）其他（6）股份制（7）股份合作制 （ ） | | | | | | | | | | | |
| 隶属关系 （1）中央属 （2）省、自治区、直辖市属 （3）直辖市区、省辖市、地区（盟）属（4）省辖市区、地辖市区、地辖市属 （5）县（旗）属 （6）街道办事处属（7）乡（镇）属（8）村属（9）其他 （ ） | | | | | | | | | | | |
| 主管单位名称 | | | | | | | | | | | |
| 服务对象（1）社会 （2）内部（3）境外人员 （4）社会＋境外人员 （ ） | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构地址 市 县 号 | | | | | | | | | | | |
| 组织机构代码 | | | | | | | | | | 邮政编码 | |
| 联系人 | | | | 电 话 | | | | | | 传 真 | |
| 法  定  代  表  人 | 姓名 性别 | | | | 主  要  负  责  人 | | 姓名 性别 | | | | | |
| 出生年月 专业 | | | | 出生年月 专业 | | | | | |
| 职务 职称 | | | | 职务 职称 | | | | | |
| 最高学历 | | | | 最高学历 | | | | | |
| 有效身份证号码 | | | | 有效身份证号码 | | | | | |
| 占地  平方米  面积 | | 建筑  平方米  面积 | | | 建筑面积中  平方米  业务用房面积 | | | | | | 门诊建  　　　　　平方米  筑面积 | |
| 资金总计 万元 | | | 固定资金 万元 | | | | | | 流动资金 万元 | | | |
| 服务方式 □门诊 □急诊 □住院 □家庭病床 □巡诊 □其他 | | | | | | | | | | | | |
| 床位数 | | | | | | 牙科诊椅数 | | | | | | |
| 备注 | | | | | | | | | | | | |

**医疗机构诊疗科目统计表** 请在□中划“√”

**代码 诊疗科目 备注 代码 诊疗科目 备注**

□01. **预防保健科**

□02. **全科医疗科**

□03. **内科**

□03.01 呼吸内科专业

□03.02 消化内科专业

□03.03 神经内科专业

□03.04 心血管内科专业

□03.05 血液内科专业

□03.06 肾病学专业

□03.07 内分泌专业

□03.08 免疫学专业

□03.09 变态反应专业

□03.10 老年病专业

□03.11 其他

□04.  **外科**

□04.01 普通外科专业

□04.01.01 肝脏移植项目

□04.01.02 胰腺移植项目

□04.01.03 小肠移植项目

□04.02 神经外科专业

□04.03 骨科专业

□04.04 泌尿外科专业

□04.04.01 肾脏移植项目

□04.05 胸外科专业

□04.05.01 肺脏移植项目

□04.06 心脏大血管外科专业

□04.06.01 心脏移植项目

□04.07 烧伤科专业

□04.08 整形外科专业

□04.09 其他

□05. **妇产科**

□05.01 妇科专业

□05.02 产科专业

□05.03 计划生育专业

□05.04 优生学专业

□05.05 生殖健康与不孕症专业

□05.06 其他

□06. **妇女保健科**

□06.01 青春期保健专业

□06.02 围产期保健专业

□06.03 更年期保健专业

□06.04 妇女心理卫生专业

□06.05 妇女营养专业

□06.06 其他

□07. **儿科**

□07.01 新生儿专业

□07.02 小儿传染病专业

□07.03 小儿消化专业

□07.04 小儿呼吸专业

□07.05 小儿心脏病专业

□07.06 小儿肾病专业

□07.07 小儿血液病专业

□07.08 小儿神经病学专业

□07.09 小儿内分泌专业

□07.10 小儿遗传病专业

□07.11 小儿免疫专业

□07.12 其他

□08. **小儿外科**

□08.01 小儿普通外科专业

□08.02 小儿骨科专业

□08.03 小儿泌尿外科专业

□08.04 小儿胸心外科专业

□08.05 小儿神经外科专业

□08.06 其他

□09. **儿童保健科**

□09.01 儿童生长发育专业

□09.02 儿童营养专业

□09.03 儿童心理卫生专业

□09.04 儿童五官保健专业

**代码 诊疗科目 备注 代码 诊疗科目 备注**

□09.05 儿童康复专业

□09.06 其他

□10. **眼科**

□11. **耳鼻咽喉科**

□11.01 耳科专业

□11.02 鼻科专业

□11.03 咽喉科专业

□11.04 其他

□12. **口腔科**

□12.01 牙体牙髓病专业

□12.02 牙周病专业

□12.03 口腔粘膜病专业

□12.04 儿童口腔专业

□12.05 口腔颌面外科专业

□12.06 口腔修复专业

□12.07 口腔正畸专业

□12.08 口腔种植专业

□12.09 口腔麻醉专业

□12.10 口腔颌面医学影像专业

□12.11 口腔病理专业

□12.12 预防口腔专业

□12.13 其他

□13. **皮肤科**

□13.01 皮肤病专业

□13.02 性传播疾病专业

□13.03 其他

□14. **医疗美容科**

□14.01 美容外科

□14.02 美容牙科

□14.03 美容皮肤科

□14.04 美容中医科

□15. **精神科**

□15.01 精神病专业

□15.02 精神卫生专业

□15.03 药物依赖专业

□15.04 精神康复专业

□15.05 社区防治专业

□15.06 临床心理专业

□15.07 司法精神专业

□15.08 其他

□16. **传染科**

□16.01 肠道传染病专业

□16.02 呼吸道传染病专业

□16.03 肝炎专业

□16.04 虫媒传染病专业

□16.05 动物源性传染病专业

□16.06 蠕虫病专业

□16.07 其他

□17. **结核病科**

□18. **地方病科**

□19. **肿瘤科**

□20. **急诊医学科**

□21. **康复医学科**

□22. **运动医学科**

□23. **职业病科**

□23.01 职业中毒专业

□23.02 尘肺专业

**代码 诊疗科目 备注 代码 诊疗科目 备注**

□23.03 放射病专业

□23.04 物理因素损伤专业

□23.05 职业健康监护专业

□23.06 其他

□24. **临终关怀科**

□25.  **特种医学与军事医学科**

□26. **麻醉科**

□27. **疼痛科**

□28. **重症医学科**

□30.  **医学检验科**

□30.01 临床体液，血液专业

□30.02 临床微生物学专业

□30.03 临床化学检验专业

□30.04 临床免疫、血清学专业

□30.05 临床细胞分子遗传学专业

□30.06 其他

□31. **病理科**

□32.  **医学影像科**

□32.01 X线诊断科专业

□32.02 CT诊断专业

□32.03 磁共振成像诊断专业

□32.04 核医学专业

□32.05 超声诊断专业

□32.06 心电诊断专业

□32.07 脑电及脑血流图诊断专业

□32.08 神经肌肉电图专业

□32.09 介入放射学专业

□32.10 放射治疗专业

□32.11 其他

□50. **中医科**

□50.01 内科专业

□50.02 外科专业

□50.03 妇产科专业

□50.04 儿科专业

□50.05 皮肤科专业

□50.06 眼科专业

□50.07 耳鼻咽喉科专业

□50.08 口腔科专业

□50.09 肿瘤科专业

□50.10 骨伤科专业

□50.11 肛肠科专业

□50.12 老年病科专业

□50.13 针灸科专业

□50.14 推拿科专业

□50.15 康复医学专业

□50.16 急诊科专业

□50.17 预防保健科专业

□50.18 其他

□51. **民族医学科**

□51.01 维吾尔医学

□51.02 藏医学

□51.03 蒙医学

□51.04 彝医学

□51.05 傣医学

□51.0 其他

□52. **中西医结合科**

**无编码已核定，以及特殊医疗技术项目：**

**人 员 情 况 统 计 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工总数： | | 其中卫生  技术人员数： | | | 其他技术  人员数： | | 行政后勤  人员数： | | |
| 中医 | 主任中医师 | | 副主任中医师 | 主治中医师 | | 住院中医师 | | 助理医师 |  |
| 医生 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 西医  医生 | 主任西医师 | | 副主任西医师 | 主治西医师 | | 住院西医师 | | 助理医师 |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |
| 中药 | 主任中药师 | | 副主任中药师 | 主管中药师 | | 中药剂师 | | 中药剂士 |  |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 西药  人员 | 主任西药师 | | 副主任西药师 | 主管西药师 | | 西药剂师 | | 西药剂士 |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |
| 检验 | 主任检验师 | | 副主任检验师 | 主管检验师 | | 检验师 | | 检验士 |  |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 护理 | 主任护师 | | 副主任护师 | 主管护师 | | 护师 | | 护士 | 护理员 |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 放射技 | 主任技师 | | 副主任技师 | 主管技师 | | 技师 | | 技士 |  |
| 术人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 口腔技 | 主任技师 | | 副主任技师 | 主管技师 | | 技师 | | 技士 |  |
| 术人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 其他卫技人员 | 中西医结合医师 | | 其他技师 | 其中：营养师 | | 助产士 | | 其他技士 | 其中：  营养士 |
|  | |  |  | |  | |  |  |
| 其他中医 | | 其他初级  卫技人员 | 其中：  中医学徒 | | 一技之长 | |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |
| 研究 | 研究员 | | 副研究员 | 助理研究员 | | 实习研究员 | |  |  |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |
| 教学 | 教授 | | 副教授 | 讲师 | | 助教 | |  |  |
| 人员 |  | |  |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管  理  人  员 | 主任中医师 | 副主任中医师 | 主治中医师 | 中医师 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任西医师 | 副主任西医师 | 主治西医师 | 西医师 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任中药师 | 副主任中药师 | 主管中药师 | 中药师 | 中药士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任西药师 | 副主任西药师 | 主管西药师 | 西药师 | 西药士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任护师 | 副主任护师 | 主管护师 | 护师 | 护 士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任技师 | 副主任技师 | 主管技师 | 技师 | 技 士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 其他技术人员 | | 其中：高级 | 中级 | 初级 | |
|  | |  |  |  | |
| 无职称人员 |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 工程  技术 | 高级工程师 | 工程师 | 助理工程师 | 技术员 |  |  |
| 人员 |  |  |  |  |  |  |
| 财会 | 高级会计师 | 会计师 | 助理会计师 | 会计员 |  |  |
| 人员 |  |  |  |  |  |  |
| 其他 | 高级职称： | | | 中级职称： | | |
| 人员 | 工人： | | | 康复治疗  人 员： | | |
| 乡村医生 | | | | 村卫生员： | | |

医疗机构卫生技术人员名录

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室 | 姓名 | 职务 | 职称 | 身份证号码 | 执业证  书名称 | 执业证  书编号 | 医师执业范围 | 现注册执业地点 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：药师、技师不填写注册情况。

**仪 器 设 备 情 况 统 计 表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名 称 | 数量 | 名 称 | 数量 |
|  | (1)伽玛刀 |  | （12）腹腔镜(手术用) |  |
| (2)核磁共振成像仪(MRI) |  | （13）碎石机 |  |
| 大 | (3)全身CT |  | （14）彩色多普勒成像仪 |  |
| 型 | (4)头部CT |  | （15）自动生化分析仪(10万元以上) |  |
| 仪 | (5)钴一60治疗机 |  | （16）血液透析机 |  |
| 器 | (6)加速器 |  | （17）环氧乙烷消毒设备 |  |
| 设 | (7)500mA X光机 |  | （18）PET |  |
| 备 | (8)800mA X光机 |  | （19）X刀 |  |
| (9)100mA以上X光机 |  | （20）超高速CT(UFCT) |  |
| (10)r一照相机 |  | （21）眼科准分子激光治疗仪 |  |
| (11)体外循环机 |  |  |  |
| 普  通  设  备 |  |  |  | |

注：普通设备栏如不够，请自行另附页。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 普通设备名称 | 数量 | 普通设备名称 | 数量 |
|  |  |  |  |

**上一年度业务工作概况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服  务  量 | 门诊诊疗  人次 | | | 急诊诊疗  人次 | | | | | | 入院人次 | | | | 出院人数 | | | | | 平均开放  床位数 | | | | | | 实际占用  总床日数 | | | | | 实际开放  总床日数 | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 出院者占用总床日数 | | | 床位周转  次数 | | | | | | 出院者平均住院日 | | | | 床位使用率（％） | | | | | 家庭病床（张） | | | | | | 出诊人次 | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | 国家拨款 | | | | | | | 业务  收入 | | | 业务  补助 | | | | | 专项  补助 | | | | 集资 | | | 捐款 | | | | | 贷款 | | | | 其它 |
| 收入  来源  (万元) | | 经常性拨款 | | | | 专款 | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  |
| 门诊收 | | 药品费 | | | | | 检查费 | | | | 手术费 | | | | 挂号费 | | | | | | | 诊疗费 | | | | 其 他 | | | | | | | |
| 入分类  (万元) | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 住院收  入分类  （万元） | | 药品费 | | | | | 检查费 | | | | 手术费 | | | | 床位费 | | | | | | | 诊疗费 | | | | 其 他 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | 人员开支 | | | | | | | | | | | 药 品  购 置 | | | 设 备  购 置 | | | | 消耗品购置 | | | 维修 | | | | 大型仪器折旧 | | | | 其他 | | |
| 支出 | | 基本工资 | | | 奖金  补贴 | | | 离退休人员经费 | | | | |
| (万元) | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| 平均每一门诊诊疗人次医疗费(元) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平均每一出院者住院医疗费(元) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出院者平均每天住院医疗费(元) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 计算机  应用 | | | 口门诊病人管理 口住院病人管理 口病案首页管理 口医疗统计  口病房医嘱管理 口药品管理 口营养膳食管理 口科研项目管理  口后勤管理 口财务管理 口人事管理 口其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

校验期内执业登记项目、卫生技术人员

及大型医用设备等变更情况表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 变更项目 | 变更内容 | 备注 |
| 机构名称 |  |  |
| 执业地点  （含门牌号） |  |  |
| 所有制形式 |  |  |
| 机构类别 |  |  |
| 诊疗科目（含增设、注销） |  |  |
| 床位（含牙椅） |  |  |
| 法人代表、  主要负责人 |  |  |
| 经营性质 |  |  |
| 卫生技术人员 |  |  |
| 业务科室 |  |  |
| 大型医用设备 |  |  |
| 其他 |  |  |
|  |  |  |

校验期内接受卫生健康行政部门检查、

指导结果及整改情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查日期 | 检查部门 | 指导结果 | 整改情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

校验期内医疗民事赔偿（补偿）情况

（包括医疗事故）及卫生技术人员

行政处罚情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 医疗民事赔偿（补偿）案由 | 处理结果 | 行政处罚情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**提交材料及上级主管部门意见、校验人员意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请校验登记  提交材料 |  |
| 医疗机构申  请校验意见 | 法定代表人（签字）  年 月 日 |
| 上级主管部  门签署意见 | 年 月 日 |
| 审查（调查核实）人员意见 | 签字： 年 月 日 |

**校 验 结 论 登 记 事 项**

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称：  年度校验  校验日期： 年 月 日  校验结果（划√）： 合格（ ）暂缓（ ）暂缓至 年 月 日  暂缓原因：   1. 不符合《医疗机构基本标准》 2. 评审不合格 3. 未参加评审 4. 为内部职工服务的医疗机构未经批准擅自对社会开放 5. 发布非法医疗广告 6. 使用未经核准的名称 7. 限期改正期间 8. 违反《条例》、《细则》和《卫生部实施〈医疗机构管理条例〉办法》   其他条款  校验机关 （章）  经办人 （签名） | |
| 主管处室领导意见： | 签字： 年 月 日 |
| 分管委领导意见： | 签字： 年 月 日 |
| 备注： |  |

**医疗机构校验归档、公告情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 档案号 |  | 校验日期 |  |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 办理人签字： 日期： | | | |
| 受理人签字： 日期： | | | |
| 登记文件证件、资料归档情况 | 档案管理人员签字： 年 月 日 | | |
| 医疗机构校验公告刊登情况记录 | 记录人签字： 年 月 日 | | |
| 备  注 |  | | |

附件11

**医疗机构（诊所**）**备案信息表**

备案编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 诊所名称 |  | | | | | | | | |
| 诊所地址 |  | | | | | | | | |
| 设置单位名称 |  | | | | | | | | |
| 设置单位  资质证明 | 资质证明名称 | | |  | | | | | |
| 编 号 | | |  | | | | | |
| 设置人 | 姓 名 | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | |
| 诊所  法定代表人 | 姓 名 | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | | | |
| 执业类别 | | |  | | 执业范围 | |  | |
| 诊所  主要负责人 | 姓 名 | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号 | | |  | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | | | |
| 执业类别 | | |  | | 执业范围 | |  | |
| 其他医师  （可另附页） | 姓名 | |  | 执业  类别 |  | | 执业  范围 | |  |
| 身份证号 | | |  | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | | | |
| 护士  （可另附页） | 姓名 | 专业 | | 身份证号 | | | 执业证书编码 | | |
|  |  | |  | | |  | | |
| 药学人员  （可另附页） | 姓名 | 专业 | | 身份证号 | | | 执业证书编码  （或其他资质证书编码） | | |
|  |  | |  | | |  | | |
| 医技人员  （可另附页） | 姓名 | 专业 | | 身份证号 | | | 资格证书编码 | | |
|  |  | |  | | |  | | |
| 所有制形式 | □全民 □集体 □股份制 □私人 □其他 | | | | | | | | |
| 经营性质 | □营利性 □非营利性（政府办） □非营利性（非政府办） | | | | | | | | |
| 诊所类型 | □普通诊所 | | | | | □中医（综合）诊所 | | | |
| □口腔诊所 | | | | | □中西医结合诊所 | | | |
| □医疗美容诊所 | | | | |  | | | |
| 诊疗科目 |  | | | | | | | | |
| 服务方式 |  | | | | | | | | |
| 设置人签字（盖章） | 本人承诺所填报的信息和所附材料真实、有效。  设置人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 委托办理人签字 | 签 字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备案机关  意见 | 备案机关盖章： 审核人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1.按照诊所备案信息表说明（附后）填写。

2.本表一式三份，分别由诊所、备案机关、备案机关所在地地市级人民政府卫生健康行政部门或中医药主管部门留存。

**诊所备案信息表说明**

诊所备案信息表是诊所备案时应当提交的材料之一，个人或单位设置诊所，均应按《诊所备案管理暂行办法》要求，填写并提交此表。

**一、备案编号**

备案编号（以下简称“编号”）应与《诊所备案证》上编号一致。按原卫生部印发《卫生机构（组织）分类与代码》（WS218-2002）的规则进行编号（22位）。其中，编号中反映卫生机构（组织）类别的代码（4位）新增五类，分别为D219普通诊所（备案）、D220口腔诊所（备案）、D221医疗美容诊所（备案）、D222中医（综合）诊所（备案）、D223中西医结合诊所（备案）。

**二、项目填写说明**

（一）诊所名称。应符合《医疗机构管理条例实施细则》关于医疗机构命名的要求。

（二）诊所地址。为诊所所在的具体地址。

（三）设置单位名称。单位有关资质证明登记的名称；个人设置诊所，不填写此项。

（四）设置单位资质证明。包括事业单位法人证书、企业法人营业执照、企业法人证书和工商登记执照、社会和行业组织登记证书等证件名称及编号；个人设置诊所，不填写此项。

（五）设置人。

1.个人设置诊所，填写个人信息；

2.法人或者其他组织设置诊所，其代表人为设置人；

3.两人以上合伙设置诊所，合伙人共同为设置人。

（六）诊所法定代表人。按实际情况填写。

（七）诊所主要负责人。按实际情况填写，如与诊所法定代表人为同一人，在该项目姓名下方填写“同诊所法定代表人”。

（八）其他医师、护士、药学人员、医技人员按照实际在诊所执业的医务人员填写，也可另附页。如无上述人员，在该项目姓名下方填写“无”。

（九）所有制形式。

1.个人设置诊所，所有制形式为私人；

2.单位设置诊所，所有制形式应与单位所有制形式一致。

（十）经营性质。分为营利性、非营利性（政府办）和非营利性（非政府办）三类，按实际情况填写。

（十一）诊所类型。分为普通诊所、口腔诊所、医疗美容诊所、中医（综合）诊所和中西医结合诊所五类，按实际情况填写。

（十二）诊疗科目。按照《医疗机构诊疗科目名录》要求填写一级科目，诊疗科目应与注册于该诊所执业医师的执业范围相一致。

（十三）服务方式。按实际情况填写。

（十四）设置人签字。由本说明第（五）项所填写的设置人签字。

（十五）委托办理人签字。诊所备案不是由设置人办理，而是委托他人办理的，需提供委托书，应包括委托人和受托人的姓名、身份证号码，委托人须亲笔签名。

（十六）备案机关意见。

1.备案机关盖章：可以是行政许可实施部门公章，也可以是备案专用章。

2.审核人指受理备案并对备案材料进行审核的工作人员。

**医疗机构（**中医诊所）备案信息表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 诊所名称 |  | | | | | | | | |
| 诊所地址 |  | | | | | | | | |
| 法人名称  （个人举办不填写此项） |  | | | | | | | | |
| 法人资质证明编号（个人举办不填写此项） |  | | | | | | | | |
| 法定代表人  （个人举办不填写此项） | 姓 名 | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 有效身份证号码 | |  | | | | | | |
| 主要负责人 | 姓 名 | |  | | 联系电话 | | |  | |
| 有效身份证号码 | |  | | | | | | |
| 医师资格证编码 | |  | | | | | | |
| 医师执业证编码 | |  | | | | | | |
| 执业类别 | |  | 执业范围 | | | | |  |
| 其他医师  （可另附页） | 姓 名 | 执业类别 | 执业范围 | 执业证书编码 | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
| 药学人员  （选填，可另附页） | 姓 名 | | 专 业 | 执业证书编码  （或其他资质证书编码） | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
| 护理人员  （选填，可另附页） | 姓 名 | | 专 业 | 执业证书编码 | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
| 医技人员  （选填，可另附页） | 姓 名 | | 专 业 | 执业证书编码  （或其他资质证书编码） | | | | | |
|  | |  |  | | | | | |
| 诊所房屋平面  布局图  （可另附页） |  | | | | | | | | |
| 诊所设备清单  （可另附页） |  | | | | | | | | |
| 所有制形式 | 国有□ 集体□ 股份□ 私有□ 其它□ | | | | | | | | |
| 经营性质 | 营利性□ 非营利性□ | | | | | | | | |
| 诊疗范围 | 诊疗科目 | | | | | | | | |
| 中医（专长）医师执业范围 | | | | | | | | |
| 中医诊疗技术和方法（中医微创类技术、中药注射剂、穴位注射等存在不可控的医疗安全隐患和风险的技术除外） |  | | | | | | | | |
| 备案人签字  （盖章） | 本机构（人）承诺所填报的信息和所附材料真实、有效。  备案人（盖章） 签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 委托办理人签字 | 签 字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备案部门意见 | 备案部门盖章： 审核人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1、本表格一式三份。一份由申请人（申请机构）留存，一份由备案部门存档，一份由备案部门的上级行政部门存档。2、执业人员按照实际在诊所执业人员填写，没有的填写无。3、个人举办的诊所，涉及法人机构事项不需要填写。

中医诊所备案事项变更信息表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 原核准备案事项 | 变动备案事项 |
| 名称 |  |  |
| 法定代表人  **/**负责人 |  |  |
| 地址 |  |  |
| 诊疗科目 |  |  |
| 诊疗技术 |  |  |
| 其他事项 |  |  |
| 备案编号 |  | |
| 备案人签字 | 本机构（人）承诺所填报的变更信息和所附材料 真实、有效。  备案人（盖章）： 签字：  年 月 日 | |
| 备案机关意见 | 备案机关盖章： 审核人签字：  年 月 日 | |
| 备注 |  | |

中医诊所注销备案报告书

× × ×行政审批局：

我（诊所）由于 ，特报告注销 年\_ 月 \_ 日颁发的《中医诊所备案证》，备案编号为：

特此报告。

报告人： （签章）

中医诊所设备清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 配置日期 | 型号 | 许可证编号 |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |

养老机构内部设置诊所、卫生所（室）、

医务室、护理站提交的备案材料样式

设置医疗机构备案书

卫生健康局：

经我单位研究决定，设置一所为 服务的医疗机构，该医疗机构选址在 ；投资总额为 。请予以备案，并请核定以下项目：

类别：

名称：

诊疗科目：

床位（牙椅）：

其他

备案单位： （章）

年 月 日

附件12

备案项目（开展健康体检服务）申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | 地址 |  | |
| 负责人姓名 | |  | | | 联系电话 | 手机号码 | |
| **医**  **师**  **人**  **员**  **名**  **录** | 姓名 | | 执业证书编号 | 执业范围 | | 科室 | 执业地点 |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
| **仪器设备情况** | 检查室 | | | 体检主要仪器设备 | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| **医疗**  **机构**  **自查**  **报告** | （对照《健康体检管理暂行规定》第四条逐条逐项撰写）    年 月 日 | | | | | | |
| **上级**  **主管**  **部门**  **意见** | 盖章（签字）  年 月 日 | | | | | | |
| **审查**  **人员**  **意见** | 审查人意见：  签字：（审查人员和负责人双签字）  年 月 日 | | | | | | |

备案项目（外出健康体检）备案表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 地址 |  |
| 负责人姓名 |  | 联系电话 | 手机号码 |
| 外出健康体检  情况说明 | （包括邀请单位的基本情况、受检者数量、地址和基本情况、体检现场基本情况等） | | |
| 体检的项目 |  | | |
| 体检组织单位法人代表责任承诺内容 | 1.我单位如实提供备案申请材料；  2.严格按照上述备案内容开展外出健康体检活动。 | | |
| 法人签字： 医疗机构盖章：  年 月 日 | | | |
| **审查**  **人员**  **意见** | 审查人意见：  签字：（审查人员和负责人双签字）  年 月 日 | | |

备案项目（静脉用药调配中心设置）申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | | | | 地址 | |  | | | | | |
| 申请部门名称 | |  | | | | | | 联系人 | | |  | | | | | |
| 邮政编码 | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | | | | |
| 设置地点 | |  | | | | | | | | | 总面积（m2） | | | |  | |
| 调配设置部门 | | 门诊调配 有□ 无□ 住院调配 有□ 无□ | | | | | | | | | | | | | | |
| 急诊调配 有□ 无□ 其他调配 有□ 无□ | | | | | | | | | | | | | | |
| 拟承担住院病人床位数（张） | | | | |  | 拟调配输液总量（瓶、袋/年） | | | | | | | | |  | |
| **人 员 情 况** | 负责人姓名 | |  | | | 专业技术职称 | | | | | | |  | | | |
| 药学专业技术人员总数 | | 本科以上（人） | | 5年以上调配  （人） | 副高以上药师  （人） | | | | | | 主管药师  （人） | | | | 药师  （人） |
|  | |  | |  |  | | | | | |  | | | |  |
| 护理专业技术人员总数 | | 本科以上  （人） | | 5年以上临床  （人） | 副高以上护师  （人） | | | | | | 主管护师  （人） | | | | 护士  （人） |
|  | |  | |  |  | | | | |  | | | | | |
| **仪 器、设 备** | 生物安全柜 | | 数量（台） | |  | 型号 | | | | |  | | | | | |
| 生产企业 | |  | | | | | | | | | | | |
| 水平层流  净化台 | | 数量（台） | |  | 型号 | | | | |  | | | | | |
| 生产企业 | |  | | | | | | | | | | | |
| **洁 净 环 境 与 条 件** | 采风口周围30米内易造成的污染源 无□ 有□ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温度、湿度、气压等监测设备和通风换气设施 无□ 有□ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温度 0C | |  | | | 相对湿度　％ | | | | | |  | | | | |
| 抗生素、危害药品调配间与二次更衣室压力差（帕） | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 营养药品调配间与二次更衣室压力差（帕） | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 各功能室  净化级别 | | 一次更衣室、洗衣洁具间是否达到十万级标准 是□ 否□ | | | | | | | | | | | | | |
| 二次更衣室是否达到万级标准 是□ 否□ | | | | | | | | | | | | | |
| 层流操作台是否达到百级标准 是□ 否□ | | | | | | | | | | | | | |
| **药品**  **储存** | 设置区域 | | 冷藏区域 无□ 有□ 阴凉区域 无□ 有□ 常温区域 无□ 有□ | | | | | | | | | | | | | |
| 二级库面积(ｍ2) | | |  | | | 相对湿度％ | | | | | | |  | | |
| **医疗机构设置申请意见** | 法定代表人（签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请单位**  **保证** | 盖章（签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **上级主管**  **部门意见** | 盖章（签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **现场审核**  **评估部门意见** | 签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

备案项目（医疗美容服务）申报表 请在□中划“√”

申报单位： 申报日期：

|  |
| --- |
| **医疗美容项目** |
| **美容外科**  **1．一级项目**  **（1）头面部：**  □重唇修复术  □招风耳矫正术  □眉修整术  □眉提升术  □重睑成形术  □下睑袋矫正术  □内眦成形术  □隆鼻术  □鼻尖成形术  □隆鼻术后硅胶取出术  □鼻小柱及鼻孔成形术  □唇峰、薄唇增厚术  □唇珠美容术  □厚唇矫正术  □酒窝成形术  □唇系带成形术  □颞部填充术  □隆颏术  □颊脂肪垫去除术  **（2）乳房、躯干：**  □乳头内陷矫正术  □乳头乳晕缩小术  □脂肪抽吸术（吸脂量＜1000ml）  **（3）会阴部：**  □处女膜修补术  □阴蒂肥大缩小术  □小阴唇成形术  **（4）其他：**  □体表小肿瘤切除术  □瘢痕切除缝合术  □穿耳孔术  □皮肤磨削术（面积不超过面部1/4）  □酒渣鼻切割术  □皮肤肿物切除术  □腋臭手术  □毛发移植术  □自体脂肪注射移植术  □皮肤扩张器技术  □A型肉毒毒素美容注射   1. **二级项目**   **（1）头面部：**  □隐耳矫正术  □杯状耳矫正术  □耳畸形矫正术  □菜花耳矫正术  □驼峰鼻矫正术  □鹰钩鼻矫正术  □鼻畸形矫正术  □鼻翼缺损修复术  □颞部除皱术  □额部除皱术  □内窥镜下除皱术  □中面部除皱术  **（2）乳房及躯干：**  □隆乳术  □乳房下垂矫正术  □乳房液态填充物取出术  □脂肪抽吸术(1000ml≤吸脂量＜2000ml)  **（3）会阴部：**  □阴茎延长术  □阴茎增大（增粗）术  □阴道紧缩术  **3．三级项目**  **（1）头面部：**  □全颜面皮肤磨削术  □全颜面及颌颈部除皱术  □不良文饰修复术  **（2）乳房、躯干：**  □脂肪抽吸术(2000ml≤吸脂量＜5000ml)  **4．四级项目**  **（1）头面部：**  □颧骨降低术  □下颌角肥大矫正术  □上下颌骨其它成形术  **（2）乳房、躯干：**  □巨乳缩小术(乳房肥大+重度下垂)  □腹壁成形术  **美容牙科项目（暂不分级）**  **1．牙齿美容修复技术**  □牙齿形态修整  □牙齿漂白  □复合树脂粘结修复  □瓷贴面修复  □嵌体修复  □桩核冠修复  □金属烤瓷冠桥修复  □全瓷冠修复  □临时冠修复  □可摘局部义齿美容修复  □全口义齿美容修复  □即刻义齿美容修复  □种植义齿美容修复  □粘结固定桥美容修复  □柔性义龈美容修复  □隐形义齿美容修复  □套筒冠义齿美容修复  □覆盖义齿美容修复   1. **牙周美容技术操作**   □洁治术  □牙龈切除术  □牙龈成形术  □牙冠延长术  □根尖复位瓣术  □侧向转位瓣术  □双乳头瓣移位术  □冠向复位瓣术  □自体游离龈瓣移植术  □牙周引导组织再生术  □牙槽骨修整术  **3．牙牙合畸形美容矫治**  □错牙合畸形的诊断、分类和矫治设计  □常见错牙合畸形的矫治  □正颌外科病例的正畸矫治  □活动性矫治器矫治  □功能性矫治器矫治  □固定矫治器矫治  **美容皮肤科项目（暂不分级）**  **1.无创治疗项目**  □内服、外用药物美容治疗  □光疗（红光、蓝光、紫外线等）治疗痤疮、色素性疾患及调节肤质  □红外线治疗  □倒膜及面部护理治疗痤疮、色斑及调节肤质  □冷喷治疗敏感性皮肤  □药物导入调节肤质  □药浴（含熏蒸）治疗敏感性皮肤及调节肤质  □其他针对皮损或缺陷的无创治疗  **2.有创治疗项目**  **（1）微创治疗项目**  □物理治疗：冷冻，电外科治疗（高频电治疗，电解，电灼治疗等），微波治疗，粉刺挤压，微针（Microneedle）治疗，其他针对皮肤病损或缺陷的物理治疗  □抽吸、注射及填充：局封（相关药物），硬化剂注射，肉毒素注射，填充物注射，吸脂与脂肪移植，其他针对皮损或缺陷的注射治疗  □化学剥脱  □激光和其它光（电磁波）治疗：  □激光治疗：包括除皱、消除皮肤松弛、脱毛、削磨，去瘢痕，去文身和文眉，去除色素性皮损，治疗血管性疾病所致皮肤异常，治疗皮肤增生物  □强脉冲光（IPL）治疗：包括除皱、消除皮肤松弛、脱毛、针对色素性皮损和血管性疾病所致皮肤异常的IPL治疗，皮肤瘢痕IPL治疗  □其他光（电磁波）治疗：射频治疗，超声治疗，光动力疗法  □其他针对皮损或缺陷的光疗或激光治疗  **（2）手术项目**  □皮肤肿物切除（美容目的）  □拔甲术  □刮除术  □腋臭手术  □足病修治术  □酒渣鼻切割术  □自体表皮移植术  □毛发移植术  □酒窝成形术  □多汗症治疗  □皮肤磨削  □白癜风治疗术（吸疱移植，相关细胞移植）  **美容中医科项目（暂不分级）**   1. **中药内服美容**   □中草药内服美容法治疗  □中成药内服美容法治疗  □中药膳食美容法治疗  **2．中药外治美容技术**。  □中药溶液外用美容技术湿敷、浸浴、足浴美容治疗  □中药粉剂外用美容技术膜剂美容治疗  □中药其他剂型美容治疗  □中药浸膏外用美容治疗  □中药紫外负离子喷雾美容治疗  □中药超声波透入美容治疗  □中药直流电离子导入美容治疗  □中药与其他现代仪器配合美容治疗  **3．针灸美容技术**  □针刺技术：毫针术、三棱针术、皮肤针（梅花针）术、皮内针术、火针术、电针术、水针（穴位注射）术、杵针术  □灸术：艾炷灸、艾条灸、温针灸、温灸器灸。  □穴位磁疗术  □耳针术  □拔罐术  **4．中医推拿美容技术**  □头面部美容经穴按摩技术  □躯体和四肢其它部位美容推拿技术  □足部美容按摩术  **5．其他中医美容技术**  □穴位埋线疗法术  □刮痧疗法术  □结扎法术 |

注：美容外科项目的分级管理说明。

1．可开展一级项目的机构。

（1）设有医疗美容科或整形外科的一级综合医院和门诊部。

（2）设有医疗美容科的诊所。

2．可开展一级、二级项目的机构。

（1）设有医疗美容科或整形外科的二级综合医院。

（2）设有麻醉科及医疗美容科或整形外科的门诊部。

3．可开展一级、二级、三级项目的机构。

美容医院。

4．可开展一级、二级、三级、四级项目的机构。

（1）三级整形外科医院。

（2）设有医疗美容科或整形外科的三级综合医院。

备案项目（限制类医疗技术临床应用）备案表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  第一名称 |  | 等级等次 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 开展时间 |  | | |
| 开展的限制类 医疗技术名称 |  | | |
| 医疗机构意见 | 根据《医疗技术临床应用管理办法》及我省有关规 定,已对照相关管理规范进行自我评估,经评估具备应 用能力,符合应用条件。对相关材料、评估结论的真实 性负责,并承担相应主体责任。 | | |
|  | 法定代表人(签字): (医院公章) 年 月 日 | | |

备案项目（血液透析室登记及变更）申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | 地址 |  |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 对应打钩 | | 申请事项 | | 血液透析机台数 |
| 1 | | 设置血液透析室： | |  |
| 2 | | 增加血液透析机台数至： | |  |
| **上级**  **主管**  **部门**  **意见** | 盖章（签字）  年 月 日 | | | |
| **审查**  **人员**  **意见** | 审查人意见：  签字：（审查人员和负责人双签字）  年 月 日 | | | |

职业健康检查机构备案表

备案单位名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

山东省卫生健康委员会制

职业健康检查机构备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 | | |  | | | | |
| 申请单位地址 | | |  | | | 邮政编码 |  |
| 统一社会信用代码 | | |  | | 所有制形式 |  | |
| 法定代表人 | | |  | | 身份证号 |  | |
| 联系人 | | |  | 手机号 |  | 电子邮件 |  |
| 在岗职工数 人；专业技术人员数 人；其中从事职业健康检查专业技术人员数 人。 | | | | | | | |
| 申请检查  项目类别 | 1.接触粉尘类 （ ） 2.接触化学因素类 （ ）  3.接触物理因素类 （ ） 4.接触生物因素类 （ ）  5.接触放射因素类 （ ） 6.其他类（特殊作业等） （ ） | | | | | | |
| 所附材料清单 | | （ ）1、《医疗机构执业许可证》（涉及放射检查项目的提交《放射诊疗许可证》）副本及复印件；  （ ）2、与申请职业健康检查类别和项目相适应的场所建筑平面图（标注场所名称和面积）；  ( ) 3、与备案开展的职业健康检查类别和项目相适应的诊疗科目清单；  （ ）4、开展职业健康检查的医疗卫生技术人员一览表，直接参与职业健康检查工作人员的资质证书复印件；  （ ）5、主检医师的执业医师证书、中级以上专业技术证书、职业病诊断资格证书的复印件；  （ ）6、开展职业健康检查相关仪器、设备目录清单；开展外出职业健康检查的仪器、设备、专用车辆等目录清单；  （ ）7、职业健康检查质量管理制度、岗位职责、工作流程、质量控制文件等有关材料的目录清单；  （ ）8、与职业健康检查信息管理系统匹配的计算机设备和软件系统证明材料；  （ ）9、与申请类别对应的《职业健康检查结果与评价报告》和劳动者职业健康检查个体报告。 | | | | | |
| 本单位保证上述资料属实。  备案单位法定代表人（签字）：  备案单位：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | |

职业健康检查项目备案登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 职业健康检查项目 | 是否开展  （开展请划√） |
| [1. 粉尘作业劳动者职业健康监护](file:///E:\yang_bak\杨爱初\2019\协会\备案项目登记表.xls#RANGE!_Toc488242148) | |
| 1.1 游离二氧化硅粉尘(结晶型二氧化硅粉尘) |  |
| 1.2 煤尘 |  |
| 1.3 石棉粉尘 |  |
| 1.4 其他致尘肺病的无机粉尘 |  |
| 1.5 棉尘(包括亚麻、软大麻、黄麻粉尘) |  |
| 1.6 有机粉尘 |  |
| 1.7 金属及其化合物粉尘(锡、铁、锑、钡及其化合物等) |  |
| 1.8 硬金属粉尘 |  |
| 1.9 毛沸石粉尘 |  |
| [2. 接触有害化学因素作业人员职业健康监护](file:///E:\yang_bak\杨爱初\2019\协会\备案项目登记表.xls#RANGE!_Toc488242081) | |
| 2.1 铅及其无机化合物 |  |
| 2.2 四乙基铅 |  |
| 2.3 汞及其无机化合物 |  |
| 2.4 锰及其无机化合物 |  |
| 2.5 铍及其无机化合物 |  |
| 2.6 镉及其无机化合物 |  |
| 2.7 铬及其无机化合物 |  |
| 2.8 氧化锌 |  |
| 2.9 砷 |  |
| 2.10 砷化氢(砷化三氢) |  |
| 2.11 磷及其无机化合物 |  |
| 2.12 磷化氢 |  |
| 2.13 钡化合物 |  |
| 2.14 钒及其无机化合物 |  |
| 2.15 三烷基锡 |  |
| 2.16 铊及其无机化合物 |  |
| 2.17 羰基镍 |  |
| 2.18 氟及其无机化合物 |  |
| 2.19 苯 |  |
| 2.20 二硫化碳 |  |
| 2.21 四氯化碳 |  |
| 2.22 甲醇 |  |
| 2.23 汽油 |  |
| 2.24 溴甲烷 |  |
| 2.25 1，2-二氯乙烷 |  |
| 2.26 正己烷 |  |
| 2.27 苯的氨基与硝基化合物 |  |
| 2.28 三硝基甲苯 |  |
| 2.29 联苯胺 |  |
| 2.30 氯气 |  |
| 2.31 二氧化硫 |  |
| 2.32 氮氧化物 |  |
| 2.33 氨 |  |
| 2.34 光气 |  |
| 2.35 甲醛 |  |
| 2.36 一甲胺 |  |
| 2.37 一氧化碳 |  |
| 2.38 硫化氢 |  |
| 2.39 氯乙烯 |  |
| 2.40 三氯乙烯 |  |
| 2.41 氯丙烯 |  |
| 2.42 氯丁二烯 |  |
| 2.43 有机氟 |  |
| 2.44 二异氰酸甲苯酯 |  |
| 2.45 二甲基甲酰胺 |  |
| 2.46 氰及腈类化合物 |  |
| 2.47 酚(酚类化合物如甲酚、邻苯二酚、间苯二酚、对苯二酚等参照执行) |  |
| 2.48 五氯酚 |  |
| 2.49 氯甲醚、双氯甲醚 |  |
| 2.50 丙烯酰胺 |  |
| 2.51 偏二甲基肼 |  |
| 2.52 硫酸二甲酯 |  |
| 2.53 有机磷 |  |
| 2.54 氨基甲酸酯 |  |
| 2.55 拟除虫菊酯类 |  |
| 2.56 酸雾或酸酐 |  |
| 2.57 致喘物 |  |
| 2.58 焦炉逸散物 |  |
| 2.59 甲苯（二甲苯参照执行） |  |
| 2.60 溴丙烷（1-溴丙烷或丙基溴） |  |
| 2.61 碘甲烷 |  |
| 2.62 环氧乙烷 |  |
| 2.63 氯乙酸 |  |
| 2.64 铟及其化合物 |  |
| 2.65 煤焦油、煤焦油沥青、石油沥青 |  |
| 2.66 β-萘胺 |  |
| 2.67 其他化学毒物（填写具体名称） |  |
| 1. 接触有害物理因素作业人员职业健康监护 | |
| 3.1 噪声 |  |
| 3.2 手传振动 |  |
| 3.3 高温 |  |
| 3.4 高气压（参见GB 20827） |  |
| 3.5 紫外辐射（紫外线） |  |
| 3.6 微波 |  |
| 3.7 低温 |  |
| 3.8 激光 |  |
| 4. 接触有害生物因素作业人员职业健康监护 | |
| 4.1 布鲁氏菌 |  |
| 4.2 炭疽杆菌 |  |
| 4.3森林脑炎病毒 |  |
| 4.4伯氏疏螺旋体 |  |
| 4.5 人免疫缺陷病毒(艾滋病病毒) |  |
| 5. 电离辐射作业人员职业健康监护 | |
| 5.1 内照射作业 |  |
| 5.2 外照射作业 |  |
| [6. 特殊作业人员职业健康监护](file:///E:\yang_bak\杨爱初\2019\协会\备案项目登记表.xls#RANGE!_Toc488242174) | |
| 6.1 电工作业 |  |
| 6.2 高处作业 |  |
| 6.3 压力容器作业 |  |
| 6.4 职业机动车驾驶作业 |  |
| 6.5 视屏作业 |  |
| 6.6 高原作业 |  |
| 6.7 航空作业 |  |
| 6.8 刮研作业 |  |

注：本表根据GBZ188-2014、GBZ98-2020制定，具备条件开展的项目才能选择备案。

职业健康检查执业医师等相关医疗卫生技术人员情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称 | 所在科室 | 从事专业 | 工作年限 | 从事职业健康检查工作年限 | 职业病诊断医师资格证书编号及类别 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 主主 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：医师专业按照执业证注册范围填写，主检医师、质量负责人、技术负责人应在表内进行标注。 职业健康检查仪器和设备清单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 仪器、设备名称 | 型号及生产厂家 | 数量 | 用途 | 工作状态 | 购置日期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：有计量检定要求的仪器设备，工作状态应填是否进行定期检定合格，其他设备填写是否正常工作。

职业健康检查机构备案变更表

机构名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

山东省卫生健康委员会制

职业健康检查机构备案变更表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 机构地址 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 邮政编码 |  | 通讯地址 |  | | | |
| 法定代表人 |  | 职务/职称 | |  | | |
| 执业情况 | 是否继续开展职业健康检查工作 是（ ） 否（ ） | | | | | |
| 变更日期 | 年 月 日 | | | | | |
| 变更事项 | 项目 | 变更前 | | 变更后 | | |
| 机构名称 |  | |  | | |
| 法定代表人 |  | |  | | |
| 机构地址 |  | |  | | |
| 检查类别 | 1.接触粉尘类 （ ）  2.接触化学因素类 （ ）  3.接触物理因素类 （ ）  4.接触生物因素类 （ ）  5.接触放射因素类 （ ）  6.其他类 （ ） | | 1.接触粉尘类 （ ）  2.接触化学因素类 （ ）  3.接触物理因素类 （ ）  4.接触生物因素类 （ ）  5.接触放射因素类 （ ）  6.其他类 （ ） | | |
| 检查项目 | 检查项目变更的请详细说明（可附页）。 | | | | |
| 其他事项 |  | | | | |
| 所附资料 | （列出需提交材料目录) | | | | | |
| 本单位保证上述资料属实。  备案单位法定代表人（签字）：  备案单位：  （公章）  年 月 日 | | | | | | |

职业健康检查机构备案回执

编号：鲁卫职检字（20 ） 第（ ）号

|  |
| --- |
| 机构名称：  法定代表人：  地址：  备案的职业健康检查类别及项目：  有效期： 年 月 日至 年 月 日  注：1、本回执有效期截止日期与医疗机构执业许可证相同，有效期满后应当重新申请备案。  2、凭此回执到医疗机构执业许可证发证机关（执业登记机关）办理检查类别登记手续。   1. 机构拿到备案回执后，应主动到所在地县（市、区）卫生健康主管部门报备，所在地县（市、区）卫生健康主管部门应在30日内对其开展首次监督检查。   山东省卫生健康委员会（公章）  年 月 日 |

职业健康检查机构注销备案申请表

|  |
| --- |
| 机构名称：  法定代表人：  统一社会信用代码：  地址：  联系人：  联系电话：  我单位因 申请注销职业健康检查备案。原备案回执编号（ ）。交回原备案回执，落实档案管理制度。  单位名称（公章）  年 月 日 |

职业健康检查机构注销备案证明

|  |
| --- |
| 机构名称：  法定代表人：  统一社会信用代码：  地址：  联系人：  联系电话：  （ ）单位因（ ）申请注销职业健康检查备案。原备案回执编号（ ）。按照《山东省职业健康检查机构备案管理办法》规定，同意注销备案，收回原备案回执。  山东省卫生健康委员会  年 月 日 |