附件2：

|  |
| --- |
| 中医类别医师从事精神障碍疾病诊疗考核合格表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 学 历 |  | 毕业院校 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  |
| 医师资格证书编码 |  | 取得时间 |  |
| 医师执业证书编码 |  | 注册时间 |  |
| 执业情况 | 在职□返聘□ | 执业年限 |  | 执业范围 |  | 职称 |  |
| 精神卫生专业进修情况 |  |
| 个人述职（另附页） |  |
| 基础知识 | □合格 □不合格 |
| 精神检查 | □合格 □不合格 |
| 疾病诊断 | □合格 □不合格 |
| 疾病治疗 | □合格 □不合格 |
| 医疗文书 | □合格 □不合格 |
|  精神卫生法规 | □合格 □不合格 |
| 考核机构意见 |  印 章 年 月 日  |