附件2

巴中知名医院评价申报表

（卫生院、社区卫生服务中心）

申请单位名称：（盖章**）**

单位负责人：

单位通讯地址：

单位邮政编码：电 话：

单 位 传 真：电子邮件：

巴中市卫生健康委员会

年 月

一、一般情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院等级 | | | 级 等 | | | |
| 床位总数 | 核定床位 | | 张 | 人员总数 | | 人 |
| 实际床位 | | 张 | 卫生技术人员数 | | 人 |
| 医院占地面积 | | | M2 | 医师总数 | | 人 |
| 医疗用房面积 | | | M2 | 临床执业（含助理）医师数 | | 人 |
| 医院临床科室数 | | | 个 | 中医执业（含助理）医师数 | | 人 |
| 一级科目数 | | | 个 | 口腔执业（含助理）医师数 | | 人 |
| 二级科目数 | | | 个 | 中医执业（含助理）医师数 | | 人 |
| 医技科室数 | | | 是/否 | 药剂人员数 | | 人 |
| 市级重点学科（专科）数 | | | 个 | 医技人员数 | | 人 |
| 医疗设备总数（另附表） | | |  | 副高职称以上人员数 | | 人 |
| 医疗设备总值 | | | 万元 | 注册护士人员数 | | 人 |
| 固定资产 | | | 万元 | 护师以上职称人员数 | | 人 |
| 上年年门诊人次 | | 人次 | | 上年年出院人次 | 人次 | |
| 上年年中医门诊人次 | | 人次 | | 平均住院费用/人次 | 元 | |
| 人均门诊费用 | | 元 | | 出入院诊断符合率 | % | |
| 门诊中医处方均费 | | 元/张 | | 病床使用率 | % | |
| 上年年急诊量 | | 人次 | | 抗菌药物使用率 | % | |
| 上年年业务收入 | | 万元，其中医疗收入占 ％，药品收入占 ％。 | | | | |
| 上年年药品收入 | | 万元，其中西药占 ％、中药饮片占 ％、中成药占 ％。 | | | | |

二、名院建设目标和发展思路

|  |
| --- |
| 包括基本建设、重点学科、专科（专病）建设、人才培养、科学研究及其他方面等内容。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 工作成效和特色 |  |
| 所在单位申报意见 | （单位公章）  单位负责人签名： 年 月 日 |
| 所在地主管部门意见 | （单位公章）  单位负责人签名： 年 月 日 |