附件3

四川省中医医术确有专长人员

医师资格考核申报情况表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | 联系方式（手机） |  |
| 医术专长（应包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围） |  |
| 工作单位或住址 |  |
| 一、中医医术确有专长的人员专长综述提纲 | 1.医术的基本内容及特点描述2.医术专长适应症或适用范围3.医术安全性4.医术有效性5.医术潜在的风险性及防范措施6.能够证明医术专长确有疗效的相关证明资料 |
| 二、中医医术渊源说明 | 1.学习和实践中医时间 |
| 2.学习和实践中医形式 |
| 3.学习或掌握的中医典籍 |
| 4.主要中医学术思想阐述 |
| 三、中医医术确有专长师承合同真实性（师承人员填写） | 师承老师姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系方式 |  | 现工作单位或住址 |  |
| 师承老师学术方向 |  | 师承人现学术方向 |  |
| 师承关系确立时间 |  | 师承合同签订时间 |  |
| 跟师时间 | 自 年 月起至 年 月 |
| 师承人员跟师学习情况以及评价意见（师承指导老师填写） |
|  |
| 出师结论（师承指导老师填写） |
|  |
| 师承医疗机构评价意见（师承人员学习情况、职业道德、临床能力方面评价） |
|  |
| 本人对以上填写内容真实性，做出承诺，并自愿承担相应法律责任。承诺人签名（指印）：  承诺时间： 年 月 日 |
| 四、多年实践人员跟师情况（2017年7月1日后从事多年医术实践人员填写） | 指导老师姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 联系电话 |  | 现工作单位或住址 |  |
| 师承老师执业范围 |  |
| 跟师时间 | 自 年 月起至 年 月 |
| 跟师学习情况以及评价意见（指导老师填写） |
|  |
| 跟师医疗机构评价意见（跟师学习情况、职业道德、临床能力方面评价） |
|  |
| 五、经多年中医医术实践活动人员的推荐证明材料（经多年实践人员填写）（任选一项） | （1）县级中医药主管部门证明 |
| 证明内容：  签字并盖章 年 月 日 |
| （2）所在居委会、村委会证明证明内容 |
| 证明内容： 签字并盖章 年 月 日 |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| （3）至少十名患者推荐证明 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 家庭详细住址 | 联系方式 | 所患疾病 | 就诊时间、情况（同时附上治疗效果，检查结果等材料） | 就诊信息获取途径 | 同意推荐请签字手印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  | □广告 □介绍 □慕名 □其他 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 六、现场辨识中药申报表 | 1 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 2 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 3 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 4 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 5 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 汇总 | 常用方剂共 方 |
| 常用药物 味（不少于50种），填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。 |
| 是否有毒性药物 □ 否 ，□ 是。如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核使用。 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | （一）常用药物表 |
| 序号 | 中药名称 | 序号 | 中药名称 | 序号 | 中药名称 | 序号 | 中药名称 | 序号 | 中药名称 |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | 12 |  | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | 17 |  | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| 21 |  | 22 |  | 23 |  | 24 |  | 25 |  |
| 26 |  | 27 |  | 28 |  | 29 |  | 30 |  |
| 31 |  | 32 |  | 33 |  | 34 |  | 35 |  |
| 36 |  | 37 |  | 38 |  | 39 |  | 40 |  |
| 41 |  | 42 |  | 43 |  | 44 |  | 45 |  |
| 46 |  | 47 |  | 48 |  | 49 |  | 50 |  |
| （二）有毒药物表 |
| 序号 | 中药名称 | 序号 | 中药名称 | 序号 | 中药名称 | 序号 | 中药名称 | 序号 | 中药名称 |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | 12 |  | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | 17 |  | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| 七、中医医术实践活动中医疗安全情况 | 在指导老师指导下应用医术专长过程中是否存在医疗纠纷？如有，是否造成严重后果？ |
| 八.真实性承诺 | 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。承诺人签名（并按指印）：  承诺时间： 年 月 日 |
|  | 相关申报资料粘贴页 |