附件1：

河南中医药大学第一附属医院“专科共建”项目

**申 报 表**

申报单位名称： （盖章）

申报专科名称： （专科）

申报对口专业： （一附院病区）

申 报 日 期： 年 月 日

一、医院基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | | | | |
| 医院类别 | 综合□ 中医□ 专科□ | | | 医院等级 | |  | |
| 地址 |  | | | 邮政编码 | |  | |
| 联系电话 |  | | | 传真电话 | |  | |
| 开放床位数 |  | | | 临床科室数 | |  | |
| 在岗人数 | 人，其中卫生技术人员数 人。 | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 | （办）： （手机）： | | | | |
| 申报专科负责人 |  | 电子邮箱 |  | | 微信号 | |  | |
| 联系电话 | （办）： （手机）： | | | | | |

二、专科基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般情况 | 是否省、市级重点专科  或建设单位 | | |  | | | |
| 床位数 | 张 | | 专科设备总值 | | 万元 | |
| 服务量及服务效率 | 年门诊人次 | | 人次 | | 平均门诊费用/人次 | | 元 |
| 年出院人次 | | 人次 | | 病床使用率 | | % |
| 病床周转次数 | | 次/年/床 | | 平均住院日 | | 日 |
| 收治急危重症比例 | | % | | 平均住院费用/人次 | | 元 |
| 人均业务收入 | | % | | 区域外病人数比例 | | % |
| 年业务收入 | | 万元，其中医疗收入占 ％、药品收入占 ％ | | | | |
| 年药品收入 | | 万元，其中中药饮片占 ％、中成药占 ％、西药占 ％ | | | | |

三、专科人才梯队情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医师总数 | | 平均年龄 | | | 正高 | | | 副高 | | | 中级 | | | 初级 | | | 博士 | 硕士 | | 学士 |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| 中医类别医师总数 | | | | |  | | | | | | 中医类别医师占医师比例 | | | | | | |  | | |
| 专  科  负  责  人 | 姓名 | | |  | | | 性别 | | |  | | 年龄 |  | | 学历  学位 | | |  | | |
| 职称 | |  | | | | | | | | | 专业类别 | | |  | | | | | |
| 在相关专业社会团体任职情况 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 业  务  骨  干 | 姓 名 | | | | | 性 别 | | | 年 龄 | | | 学 历、学 位 | | | | 职 称 | | | 专业类别 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |

申报要求：

1.申报表一式两份：A4纸打印，左侧装订，**封面**加盖医院公章。

2.“申报对口专业”参照遴选通知附件2专业列表填写，精确到病区。

3.电子版请在2019年11月8日下午17:00点前报送，报送邮箱：[shichangbu209@163.com](mailto:shichangbu209@163.com)。邮件主题：专科共建+医院名称

4.纸质版盖医院公章，在2019年11月8日前寄至一附院市场部，市场部地址：郑州市人民路19号，河南中医药大学第一附属医院，门诊楼A区1311室，收件人：姜永昌、李东阳，邮编：450000。  
3.联系人：姜永昌、李东阳。电话：0371-86552108。18595507199（姜老师）13015522053（李老师）。