基层医疗机构信息填报表

医疗机构名称（盖章）：

医疗机构负责人（签名）：

申报日期：

年 月 日

填写须知

一、申请医疗机构在填写申请书之前，仔细阅读《慢性肾脏病一体化管理赋能项目管理办法》的要求，并对照本单位的基本条件进行填写。

二、逐项认真填写填报表，内容要真实、可信，表达要明确、严谨，字迹要清晰、易辨，并加盖医院公章和骑缝章。对于填写不符合要求，资料不完备的申请书将予以退回。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请单位基本情况** | | | | | | | | | |
| 单位名称 | | |  | | 邮政编码 | | |  | |
| 地址 | | |  | | | | | | |
| 等级 | | | □一级甲等 | □一级乙等 | □二级甲等 | | | | □二级乙等 |
| 注册登记类型 | | | □公立医院 | □其他 | | | | | |
| 是否接受加入项目 | | | □是 □否 | | | | | | |
| 执业人员总人数： | | | 高级职称： 人 中级职称： 人 | | | | | | |
| 初级职称： 人 技师： 人 护士： 人 | | | | | | |
| 总床位数 | | | 张 | | | | | | |
| 年门诊量 | | | 人次/年 | | | | | | |
| 辖区覆盖人口数量 | | | 人 | | | | | | |
| 糖尿病患者数量 | | | **人** | | | | | | |
| 高血压患者数量 | | | **人** | | | | | | |
| 60岁以上人口数量 | | | **人** | | | | | | |
| **申请单位负责人基本情况** | | | | | | | | | |
| 负责人姓名 | | 出生年月 | | 学历/学位 | 职称 | | 手机 | | |
|  | |  | |  |  | |  | | |
| 负责人通讯地址 | | | | 邮政编码 | 邮箱 | | 办公室电话 | | |
|  | | | |  |  | |  | | |
| 办公室秘书姓名： | | | 联系电话： | | Email： | | | | |
| **申请单位慢性肾病相关人员情况** | | | | | | | | | |
| 姓名 | 职称 | | 从事本专业年限 | | 教学经验年限 | | 社会兼职 | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |
| 多媒体教室设施 | | | | | | | | | |
| 教室面积 | | | 可容纳人员 | | | |  | | |
| 申请单位其他条件 | | | | | | | | | |
| 近三年是否发生重大医疗事故 | | | | | | □是 □否 | | | |
| 近三年质量评估是否合格 | | | | | | □是 □否 | | | |
| 慢病管理方面有哪些经验或工作基础 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **其他说明** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **申请单位意见：** | | | | | | | | | |
| 单位：（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **审批单位意见：** | | | | | | | | | |
| （盖章）  国家卫生健康委能力建设和继续教育中心  年 月 日 | | | | | | | | | |