附件10-1

回顾性中医医术实践（病案）资料汇总表

（本表根据附件10-2整理）

申报人： 身份证号： 申报专长：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 性别 | 现联系电话 | 工作单位或家庭住址 | **就诊时情况** | | | | | 是否近亲属或存在利害关系 |
| 就诊时间 | 就诊时年龄 | 就诊机构 | 就诊地点 | 所患疾病 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：本表根据《回顾性中医医术实践（病案）资料》附件10-2整理而成，按要求填报。

附件10-2

回顾性中医医术实践（病案）资料

**申报人： 申报专长：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 | |  | | 性别 |  | | 现联系电话 |  |
| **现住址或工作单位** | | |  | | | | | |
| **以下信息按患者就诊时情况填写** | | | | | | | | |
| **就诊信息** | 就诊时间： | | | | | 就诊时年龄： | | |
| 就诊机构： | | | | | | | |
| 就诊地点： | | | | | | | |
| **就诊时**住址或工作单位： | | | | | | | |
| **问诊** | 主诉： | | | | | | | |
| 现病史： | | | | | | | |
| 望、闻、切诊： | | | | | | | | |
| 诊断：  （病名后的括号内写证型） | | | | | | | | |
| 治法： | | | | | | | | |
| 处方：  （技术方法或方名、药味及剂量） | | | | | | | | |
| **二诊（三诊...）记录**（如有，参照首诊要求整理） | | | | | | | | |
| 按语：本病案在治疗上的特点及治疗效果总结（不超过500字，**并附相关佐证材料**） | | | | | | | | |
| 本人承诺上述内容真实准确。  申报人签名并按手印：  年 月 日 | | | | | | | | |

说明：1、需提供患者在就诊机构就诊的相关佐证材料（如：病历或处方/治疗单/门诊日志/收费凭证等原始记录的复印件）张复印件需要加盖从事医术实践活动机构单位印章；2、本病案在治疗上的特点及治疗效果，可附相关佐证材料进行说明。