附件2

表1

江苏省中医医术确有专长人员（多年实践人员）

医师资格考核申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | | | 照片 | | |
| 民 族 | |  | | 出生年月 |  | | | |
| 学 历 | |  | | 健康状况 |  | | | |
| 身份证号码 | |  | | | 联系电话（手机） | | | |  | | |
| 工作单位 | |  | | | 现从事主要职业 | | | |  | | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | | 邮编： | | | | | | | | | |
| 医术实践地点 | |  | | | 医术实践时间 | | | | | 年 月 日至 年 月 日 | |
| 医术实践形式 | | 1.中医类别执业助理医师□ 2.乡村医生□  3.已取得《传统医学师承确有专长证书》人员□ 4.自己实践□  5.跟师实践□ 6.其他 | | | | | | | | | |
| 申报中医医术专长 | |  | | | | | | | | | |
| 申报治疗中医疾病名称 | |  | | | 分类代码 | | | | |  | |
| 申报中医药技术方法 | | 1.内服方药 □ 2.外治技术□  3.内服方药为主，外治技术为辅□ 4.外治技术为主，内服方药为辅□ | | | | | | | | | |
| 申报外治技术  名称 | |  | | | | | | | | | |
| 学习途径 | | 家传□　 　跟师□ 自学□ 　 其他 | | | | | | | | | |
| 医术渊源 | |  | | | | | | | | | |
| 文化学习经历 | |  | | | | | | | | | |
| 医术实践  经历 | |  | | | | | | | | | |
| 中医医术专长综述简况 | | （包括：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）（500字以内） | | | | | | | | | |
| 在临床实践中是否存在医疗纠纷且造成严重后果的情况 | | | | | | 是□ 否□ | | | | | |
| **本人承诺申报材料所填报信息真实准确，如有虚假，个人自行承担后果。**    申请人： （签名并按手印）  时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 推荐材料一 | | | | | | | | | | | | |
| 推荐医师  基本情况 | 姓 名 | |  | | | | | 性别 | | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | 联系电话（手机） | | |  | |
| 职 称 | |  | | | | | 执业科室 | | |  | |
| 专业方向（职称证书上专业） | |  | | | | | 从事中医临床工作时间 | | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | |
| 医师资格证书  编码 | |  | | | | 医师执业证书编码 | | | |  | |
| 推荐医师意见 | 一、本人现在 市 （医疗机构名称）从事 专业中医临床工作，对申请人 （身份证号 ）的专业技术特长及五年期以上的中医医术实践情况有深入了解，其具备医术专长：  （XX技术+XX疾病），推荐其申请中医医术确有专长人员医师资格考核，推荐理由  。  二、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》和《江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则（试行）》规定的“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任；同时按照江苏省医疗卫生信用管理有关规定处理，并且不得再担任江苏省中医医术确有专长人员的推荐医师和指导老师” 有充分的了解。  **本人承诺以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的后果。**  推荐医师： （签名并按手印）  日 期：　 　　年 　　月　 　日 | | | | | | | | | | | |
| 推荐材料二 | | | | | | | | | | | | |
| 推荐医师  基本情况 | 姓 名 | |  | | | | | 性别 | | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | 联系电话（手机） | | |  | |
| 职 称 | |  | | | | | 执业科室 | | |  | |
| 专业方向（职称证书上专业） | |  | | | | | 从事中医临床工作时间 | | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | | |
| 医师资格证书  编码 | |  | | | | 医师执业证书编码 | | | |  | |
| 推荐医师意见 | 一、本人现在 市 （医疗机构名称）从事 专业中医临床工作，对申请人 （身份证号 ）的专业技术特长及五年期以上的中医医术实践情况有深入了解，其具备医术专长：  （XX技术+XX疾病），推荐其申请中医医术确有专长人员医师资格考核，推荐理由  。  二、对《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》和《江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则（试行）》规定的“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任；同时按照江苏省医疗卫生信用管理有关规定处理，并且不得再担任江苏省中医医术确有专长人员的推荐医师和指导老师” 有充分的了解。  **本人承诺以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的后果。**  推荐医师： （签名并按手印）  日 期：　 　　年 　　月　 　日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 县级中医药主管部门意见 | （初审意见）  具体审核人签字： 审核部门负责人签字：  单位负责人签字： （单位公章）  年 　月 　日 |
| 地市级中医药主管部门意见 | （复审意见）  具体审核人签字： 审核部门负责人签字：  单位负责人签字： （单位公章）  年 　月 　日 |
| 省级中医药主管部门意见 | （审核意见）  审核人签字  单位负责人签字 （单位公章）  年 　月 　日 |

填表说明

1.本表供中医医术多年实践人员申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核时使用。

2. 表格内容（除签字和按手印部分）在江苏省中医医术确有专长人员医术资格考核报名系统中填写完整后，用A4纸正反面打印，最后钢笔或签字笔手写签字并按手印。

3.该表格第1－2页由申请人填写；第3-4页的“推荐医师基本情况”在网上填报，“推荐医师意见”打印后由推荐医师填写；第5页由各级中医药主管部门填写。

4.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

5.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

6.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

7.医术实践地点：应具体到江苏省XX市XX县（市、区）XX乡镇（街道）xx村（社区）xx号牌。

8.身份证号码：也可填写军官证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证等其他有效身份证明编号。

9.中医医术专长：应包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围，即“使用××技术诊治××病证”。中医药技术方法参照《中医医疗技术手册（2013年普及版）》（附件3）；中医疾病名称参照《中医病证分类与代码》（附件4）。

10.医术渊源：包括中医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。

11.医术专长综述简况：包括医术的基本内容及特点描述、适应症或适用范围、安全性及有效性的说明等。

12.个人学习经历：包括文化学习和医术学习经历。

表2

江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核

中医医术专长综述表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 申报中医药技术方法 | 1.内服方药 □ 2.外治技术□  3.内服方药为主，外治技术为辅□ 4.外治技术为主，内服方药为辅□ | | |
| 申报中医医术专长 |  | | |
| 医术实践经历 |  | | |
| 中医医术专长  综述 | 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： | | |
| 申请人： （签字并按手印） | | | |

表3

多年实践人员从事中医医术实践活动满五年证明

兹证明：

姓名 ，年龄 ，性别 ，

（身份证号码 ），自 年 月 日至 年 月 日（共计 年），在江苏省 市 县（市、区） 镇（乡、街道） 村（社区），从事中医医术实践活动。

出具人签字：

年 月 日

出具单位盖章：

年 月 日

表4

患者推荐证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者基本信息 | 姓 名 | |  | 性别 |  | | 民族 | |  |
| 身份证号码 | |  | | | 联系电话（手机） | |  | |
| 家庭详细住址 | |  | | | | | | |
| 所患疾病 | |  | | | | | | |
| 就诊信息获取途径 | | □广告 □患者介绍 □慕名 □其他 | | | | | | |
| 患者证明意见 | 所患疾病的基本情况及诊治经过（简要写明患病时间、诊疗过程、治疗效果等） |  | | | | | | | |
| 兹证明本人于 年 月 日至 年 月 日在江苏省 市 县（市、区） 镇（乡、街道） 村（社区） （姓名）（身份证号码： ）处就诊，治疗 疾病。  本人愿为其作出证明，并对以上填写内容真实性做出承诺，自愿承担相应法律责任。  签字（手印）：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1.该证明用于申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核，请如实填写。

2.患者基本信息在网上填报，患者证明意见打印后有患者填写。

3.患者与被推荐人有近亲属或利害关系的应当予以回避。

表5

十名患者推荐证明汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓  名 | 性  别 | 年龄 | 身份证号 | 家庭详细住址  市县（区）、乡镇（街道）、村（社区）、号牌 | 联系电话 | 所患疾病 | 就诊时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

表6

指导老师/推荐医师从事中医临床工作

满15年证明

兹有医师 （身份证号码： ），自至 年 月 日至 年 月 日

在 （医疗机构） （科室）

从事中医 （专业）临床工作，已满 年。

特此证明。

医疗机构盖章：

年 月 日

对指导老师/推荐医师执业注册信息核查情况

经查医师 （身份证号码： ），自至 年 月 日至 年 月 日

执业注册在 （医疗机构），已满 年。

卫生计生行政部门盖章：

年 月 日

表7

江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核现场辨识中药申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | | | |  | | | | 身份证号 | | |  | | | |
| 申报中医药技术方法 | | | | | 1.内服方药 □ 2.外治技术□  3.内服方药为主，外治技术为辅□ 4.外治技术为主，内服方药为辅□ | | | | | | | | | | |
| 申报中医医术专长 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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，填入常用药物表，以备现场辨识考核和执业监督检查使用。 | | | | | | | | | | | | | |
| 常用药物是否有毒性药物 □ 否 ，□ 是。  如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核和执业监督检查使用。 | | | | | | | | | | | | | |
| （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 | |  |
| 51 | |  | 52 | | |  | 53 |  | | 54 |  | | 55 | |  |
| 56 | |  | 57 | | |  | 58 |  | | 59 |  | | 60 | |  |
| 61 | |  | 62 | | |  | 63 |  | | 64 |  | | 65 | |  |
| 66 | |  | 67 | | |  | 68 |  | | 69 |  | | 70 | |  |
| 71 | |  | 72 | | |  | 73 |  | | 74 |  | | 75 | |  |
| 76 | |  | 77 | | |  | 78 |  | | 79 |  | | 80 | |  |
| （二）毒性药物表 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | |
| 申请人： （签字并按手印） | | | | | | | | | | | | | | | |

注：该表仅供申报的中医药技术方法是内服方药的或者外治技术中涉及使用中药的申请人填写。

表8

乡村医生从事中医临床工作满5年证明

兹有乡村医生 （身份证号码： ），自至 年 月 日至 年 月 日在 （医疗机构），主要从事中医 （专业）临床工作，已满 年。

特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日

卫生计生行政部门负责人签字：

卫生计生行政部门盖章：

年 月 日