附件6：

医疗机构健康体检申请书

申请单位名称： （章）

法定代表人：　　　　 （章）

医疗机构执业许可证登记号

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

申请日期 年 月 日

北京市卫生局制

**填表说明：**

1、填写表1时，请在相应的栏目前划√。“专项体检”指征兵、高招、公务员等政策性体检；“健康体检场地内设”指开展健康体检的场所位于医疗机构内部；“健康体检场地外设”指开展健康体检的场所在执业地点以外。

2、填写表2时，执业医师统计范围指执业地点注册在本医疗机构的人员。

3、填写表3-1时，诊疗科目的填写应按照《医疗机构执业证书》上所登记的诊疗科目依次进行填写；同一诊疗科目可以包含多个体检项目；对应每个体检项目填写收费价格。

4、填写表3-2时，委托体检项目包括但不限于检验项目。

5、填写表4时，仅填写用于健康体检的仪器设备情况。

6、表3-1、表3-2、表4可复制。

7、《医疗机构健康体检申请书》需法定代表人签署意见，并加盖单位公章。

8、填表要求使用钢笔、签字笔或打印，文字要求简练、清楚，不得空格，网上下载表格不得改变其样式和规格，提交的文字资料全部要求使用A4纸。

表1

健康体检基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  |  |
| 医疗机构执业许可证登记号 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 所有制形式 □全民 □集体 □民营 □中外合资合作 □其它 　 |
| 医疗机构级别 | □三级 　 □二级 □一级　 　□门诊部　 　 □诊所　 　□其他 　　　 |
| 隶 属 关 系 | □中央属 　 □市属 　 　□区属　 　　□其他 　　　 |
| 主管部门名称 |
| 医疗机构地址 邮政编码 □□□□□□ |
| 电话 | 传真 |  |
| 法 定代表人 | 姓名 | 性别  | 学历 |
| 职称 | 身份证号 | 电话 |
| 业 务内 容 | □健康体检　 □专项体检　　□门诊服务　 □急诊服务　 □病房服务 |
| 收 费标 准 | □政府定价　　□自主定价　　□特需定价　　　 |
| 健 康体 检负 责人 | 姓名 | 性别  | 学历 |
| 职称 | 身份证号 | 电话 |
| 健康体检服务对象 | □社会　 □内部　 □境外人员 　□社会+境外人员 |
| 健康体检场地 | □独立　 　□相对独立　　□医疗机构内设　 □医疗机构外设 |
| 健康体检开展时间 年 月 | 健康体检建筑面积 m2 | 健康体检业务用房使用面积 m2 |
| 健康体检上一年工作量 　 　 人次 | 床位数 | 牙椅数 |

表2

健康体检工作人员情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **人 员****总 数** |  | 其中卫生技术人员 |  | 其他技术人员 |  | 行政后勤人员 |  |
| **主　检****医　生** | 内科主任医师 | 内科副主任医师 | 外科主任医师 | 外科副主任医师 |
|  |  |  |  |
| **内　科****医　生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **外　科****医　生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **妇　科****医　生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **眼　科****医　生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **耳鼻咽喉****医　生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **口　腔****医　生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **放　射****医　生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **B　超****医　生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医 师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **心电图****医 生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **中 医****医 生** | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **检验人员** |  | 主任检验师主任医师 | 副主任检验师副主任医师 | 主管检验师主治医师 | 检 验 师医师 | 检 验 士医士 |  |
| **临检** |  |  |  |  |  |  |
| **生化** |  |  |  |  |  |  |
| **免疫** |  |  |  |  |  |  |
| **其他** |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |
| **护　理****人　员** | 主任护师 | 副主任护师 | 主管护师 | 护 师 | 护 士 | 护理员 |
|  |  |  |  |  |  |
| **其他卫****技人员** | 技 师 | 营养师 | 技士 | 营养士 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **质量控****制人员** | 医生 | 护理人员 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **院感控****制人员** | 医生 | 护理人员 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **信息技****术人员** | 高级工程师 | 工程师 | 助理工程师 | 技术员 | 统计员 |  |
|  |  |  |  |  |  |

表3－1

健康体检项目目录

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 诊 疗 科 目 | 项 目 | 价　格（元） | 备　注 |
| 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 |  |  |  |  |

表3－2

委托其他医疗机构开展健康体检项目登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受委托单位名称 |  | 法定代表人 | 电话 |
| 受委托单位地址 |  | 负责人 | 电话 |
| **生　化　类　外 送 项 目** |
| 1　  | 13 | 25 |
| 2　 | 14 | 26 |
| 3　 | 15 | 27 |
| 4 | 16 | 28 |
| 5 | 17 | 29 |
| 6 | 18 | 30 |
| 7 | 19 | 31 |
| 8 | 20 | 32 |
| 9 | 21 | 33 |
| 10 | 22 | 34 |
| 11 | 23 | 35 |
| 12 | 24 | 36 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受委托单位名称 |  | 法定代表人 | 电话 |
| 受委托单位地址 |  | 负责人 | 电话 |
| **其　他　外 送 检 验 项 目** |
| 1　  | 6 | 11 |
| 2　 | 7 | 12 |
| 3　 | 8 | 13 |
| 4 | 9 | 14 |
| 5 | 10 | 15 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受委托单位名称 |  | 法定代表人 | 电话 |
| 受委托单位地址 |  | 负责人 | 电话 |
| **其　他　外 送　健 康 体 检 项 目** |
| 1　  | 6 | 11 |
| 2　 | 7 | 12 |
| 3　 | 8 | 13 |
| 4 | 9 | 14 |
| 5 | 10 | 15 |

表4­

健康体检仪器设备情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名 称 | 数 量 | 型　号 | 备 注 |
| 主要仪器设备 | （1） | 500mA X光机 |  |  |  |
| （2） | 800mA X光机 |  |  |  |
| （3） | 1000mA以上X光机 |  |  |  |
| （4） | 数字化摄影CR |  |  |  |
| （5） | 数字化摄影DR |  |  |  |
| （6） | 尿液分析仪 |  |  |  |
| （7） | 血液分析仪 |  |  |  |
| （8） | 免疫分析仪 |  |  |  |
| （9） | 生化分析仪 |  |  |  |
| （10） | 离心机 |  |  |  |
| （11） | 彩色多普勒成像仪 |  |  |  |
| （12） | 彩色超声检查仪 |  |  |  |
| （13） | 黑白超声检查仪 |  |  |  |
| （14） | 医学影像工作站 |  |  |  |
| （15） | 超声热敏打印机 |  |  |  |
| （16） | 多导联心电图机 |  |  |  |
| （17） | 裂隙灯 |  |  |  |
| （18） | 眼底彩色照相机 |  |  |  |
| （19） | 非接触眼压仪 |  |  |  |
| （20） |  |  |  |  |
| （21） |  |  |  |  |
| （22） |  |  |  |  |
| （23） |  |  |  |  |
| 普通设备 |  |  |  |  |
| 信息化体检系统 | 体检信息化程度　□单机版　□网络版　□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_使用软件名称　（如无名称，请注明开发商名称）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_软件设计　□自主研发　□委托开发　□购入软件　□与HIS系统打包采购、实施 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_受检者标识方式：□条码　□IC卡 □磁卡　□手工编号 □其他其他信息系统数据共享情况：□检验系统接口　□财务系统接口□HIS系统接口 　　□影像系统接口网站地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

表5

提交文件、证件及主管部门意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申请执业登记提交文件、证件 | 1、《医疗机构健康体检申请书》一式四份 （ ）2、《医疗机构执业许可证》副本及复印件 　　　 （ ）3、健康体检从业人员花名册及相关执业资质材料 （ ）4、健康体检场地及科室布局建筑平面图 　 （ ）5、健康体检设备质检合格材料 　　　　　　　　　 （ ）6、委托开展健康体检项目合同及受委托医疗机构执业资质等文件 （ ） |
| 医疗机构申请开展健康体检意见 | 法定代表人（印章） 年 月 日  |
| 主 管 部 门签 署 意 见 | 法定代表人（印章） 年 月 日  |