附件2

“2019年改善医疗服务行动计划示范医院”申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 医院名称 |  |
| 医院类别 |  | 医院等级 | □三级 □二级 □一级 |
| 联系人 |  |  手机 |  |
|  邮箱 |  |
| 医院基本情况 |   （字数不超过500字） |
| 改善医疗服务行动计划重点工作落实情况及成效（应尽量通过数据等客观指标来体现改善医疗服务工作成效，可续页，字数不超过4000字） | **工作内容** | **主要成绩** |
| 一、制度建设情况，包括预约诊疗制度、远程医疗制度、临床路径管理制度、检查检验结果互认制度、医务社工和志愿者制度。 |  |
| 二、创新医疗服务落实情况： |
| （1）科学建立预约诊疗制度 |  |
| （2）远程医疗和智慧医院建设 |  |
| （3）持续加强麻醉医疗服务 |  |
| （4）提升中医药服务综合能力 |  |
| （5）丰富日间医疗服务内涵 |  |
| （6）优化急诊急救服务 |  |
| （7）提高老年护理服务质量 |  |
| （8）拓展药学服务新领域 |  |
| （9）推进分级诊疗制度建设 |  |
| （10）创新建设城市医疗联合体 |  |
| （11）着力推广多学科诊疗服务 |  |
| （12）关心关爱医务人员 |  |
| 所获荣誉（近三年） |  |
| 单位意见 |   签字 （盖章） 日期： |