附件1

乡村医生执业注册申请审核表

姓 名：

乡村医生资格证书编码：

乡村医生执业证书编码：

填表时间： 年 月 日

**广东省卫生健康委监制**

填 表 说 明

1.本表供取得《乡村医生资格证书》后申请乡村医生执业注册使用。

2.一律用钢笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.封面、表1—2由申请人填写，表3—4由有关部门填写，封面的乡村医生执业证书编码由注册主管部门填写。

4.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.学历应填写最高学历。

6.“相片”一律用近期二寸免冠正面半身彩色照片。

7.如填写内容较多，可另加附页。

8.执业范围按《乡村医生执业注册中执业范围规定》填写。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | | 近期  二寸免冠  正面半身  彩色照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  | | |
| 学 历 |  | 所学系、专业 |  | | |
| 家庭地址及  邮政编码 |  | | | | | |
| 专业技术职务  任职资格 |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 申请执业机构  名称及登记号 |  | | | | | |
| 申请执业机构  地址 |  | | | 邮政编码 |  | |
| 申请执业类别 |  | | | | | |
| 获得乡村医生  资格的时间 |  | | | | | |
| 从事乡村医生  开始的时间 |  | | | | | |
| 何时何地因何  种原因受过何  种处罚或处分 |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 个 人 工 作 经 历 | | | |
| 时 间 | 单 位 | 技术职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 身体和  健康状况 |  | | |
| 业务水平  考核机构  或组织的  名称和培  训时间及  考核结果 |  | | |
| 其他要说  明的问题  及申请的  执业范围 |  | | |
|  | 申请人签字： 年 月 日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 村委意见 | 印 章  负责人： 年 月 日 |
| 村医疗卫生  机构上级  主管部门  （乡镇卫生院）意见 | 印 章  负责人： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 县级  卫生健康行政部门  审核意见 | 执业机构及登记号：  机构地址及邮编：  核准的执业范围：  印 章  负责人： 年 月 日 |
| 乡村医生注册执业证书编码 |  |
| 备 注 |  |

广东省乡村医生执业注册健康体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 | | |  | | | 出生日期 | | | | | |  | | 近期二寸免冠  正面半身彩色  照片（加盖体  检医院公章） |
| 身份证号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出 生 地 |  | | | | | | 民族 | | |  | | | | 婚否 | |  |
| 既往病史 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家 族 史 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | 裸眼视力 | | 左 | |  | | | | | | 右 | |  | | | | 医师意见：  签名 |
| 矫正视力 | |  | | | | | |  | | | |
| 眼 疾 | |  | | | | | |  | | | |
| 色 觉 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | 听 力 | | 左 | |  | | | | | | 右 | |  | | | | 医师意见：  签名： |
| 耳 疾 | |  | | | | | |  | | | |
| 鼻及鼻窦 | |  | | | | | |  | | | |
| 嗅 觉 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 咽 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 喉 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔 | 粘 膜 | |  | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 牙及牙龈 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 舌 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | 呼吸 | 次/分 | | | 脉搏 | | | 次/分 | | | | 血压 | | | / mmHg | | 医师意见；  签名： |
| 发育及营养 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 肝、脾、双肾 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 腹部包块 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外  科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | 千克 | | | 医师意见：  签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  | | |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  | | |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  | | |
| 肛 门 |  | 生殖器 |  | | |
| 其 他 |  | | | | |
| 辅助检查结果 | 胸 片 |  | | | | | 医师签名： |
| 心电图 |  | | | | | 医师签名： |
| 肝功能 |  | | | | | 检验师签名： |
| 乙肝两对半 |  | | | | | 检验师签名： |
| 血常规 |  | | | 血型 |  | 检验师签名： |
| 尿常规 |  | | | | | 检验师签名： |
| 体检结果 | 结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果）  ①健康或正常 ②一般或较弱 ③有慢性病  ④传染病传染期 ⑤精神病发病期 ⑥身体残疾  说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示：  1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病  4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、结核病  7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他  二、如选择上述结果④⑤⑥之一者，请具体说明：    体检医院盖章  医师签名： 体检日期： 年 月 日  填报日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 村医疗卫生机构意见 | 村医疗卫生机构盖章  负责人签名： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | |