医疗机构开展健康体检服务登记表

申请机构： （公章）

河南省卫生健康委员会制

**填 表 说 明**

一、请按提交材料目录提供申报材料。

二、表格填写内容应该完整、准确。

三、凡文字前有方框者，申请内容符合条件的请打勾。

四、申请单位应原版下载打印申请表，不要修改格式。需提供的申请材料复印件一律使用A4纸复印。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 法定代表人 |  |
| 地 址 |  |
| 所有制形式 |  | 健康体检场所使用面积m2 |  |
| 健康体检部门负责人 |  | 联系电话 |  |
| 申请健康体检项目 | 基本项目：□1.问卷问诊 □2.一般检查 □3.内科□4.外科 □5.眼科 □6.耳鼻咽喉科□7.口腔科 □8.妇科□9.实验室常规检查□10.实验室生化检查□11.实验室免疫学检查□12.常规心电图□13.放射线检查□14.超声检查备选项目（详见开展健康体检服务项目目录）：□1.体能检查□2.其他实验室检查□3.仪器检查□4.其他 |

|  |  |
| --- | --- |
| 提交材料目录 | □1.医疗机构开展健康体检服务申请表□2.健康体检场所和候诊场所平面图□3.从事健康体检服务执业人员基本情况表□4.健康体检仪器/设备一览表□5.开展健康体检服务项目目录□6.开展健康体检服务的流程图及规章制度 |
| **承诺书**承诺：本表所填写内容及所附材料均真实、合法，如有不实之处，愿承担相应的法律责任及由此造成的一切后果。医疗机构（公章）： 法定代表人（签字）： 年 月 日 |
| 受理机关 | 承办人： 年 月 日 |

从事健康体检服务执业人员基本情况表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **执业证书编码** | **执业范围** | **职称（专业）** | **检查岗位** |
|  |  |  | **举例：**主任医师（放射诊断） | **举例：**放射科诊断 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：本表填写相关执业医师、执业护士、其他卫生技术人员信息，没有执业范围的可不填。

健康体检仪器/设备一览表

|  |
| --- |
| 4.1仪器设备配置：有保障仪器设备处于完好状态的制度与规范□ |
| 4.2基本设备： |
| 4.2.1一般检查：身高体重计□ 血压计□ 软尺□ |
| 4.2.2 内科：检查床□ 听诊器□ 叩诊锤□ 阅片灯□ |
|  外科：检查床□ 听诊器□ 叩诊锤□ 阅片灯□ |
| 4.2.3妇科：妇科检查床□ 窥阴器□ 载玻片□ 冷光源灯□ |
| 4.2.4耳鼻咽喉科：额镜□ 耳镜□ 鼻镜□ 鼻咽镜□ 间接喉镜□ 冷光源灯□ |
| 4.2.5眼科：视力表□ 色盲检查图谱□ 眼底镜□ 裂隙灯□ 遮眼罩□ |
| 4.2.6口腔科：牙科治疗椅□ 旋转冷光灯□ 整体式陶瓷痰盂□ |
| 电脑控制可调式漱口水装置□ 可调节倾斜角度的观片灯□ |
| 口腔检查器械 一人一用一消毒□ 牙周探针一人一用一消毒□ |
| 4.2.7超声科：检查床□ 超声检查仪□ 超声工作站□ |
| 4.2.8心电图室：检查床□ 心电图机□ |
| 4.2.9放射科：医用诊断X射线机□ 影像处理系统（CR、DR或洗片机）□ |
| 阅片灯□ 受检者防护用品每台设备至少配置一套：铅帽□ 铅围脖□  |
| 铅围裙□ 铅衣□ 护目镜□ 或每台设备配置可升降式防护屏□ |
| 4.2.10检验科：开展室内质控与室间质评□ 有危急值报告制度与报告流程□ |
| 检验设备必须满足所开展的检验项目范围和样本数量的需要□ |
| 尿液分析仪□ 血液分析仪□ 生化分析仪□ 免疫分析仪□ 洗板机□ 离心机□ |
| 显微镜□ 加样器□ 恒温箱□ 电冰箱□ 采血针□ 试管□ 利器盒□ |
| 4.3急救设备：氧气□ 简易呼吸器□ 血压计□ 听诊器□ 手电筒□ |
| 急救药品（血管活性药、呼吸兴奋剂、强心药等）□ 输液器□ 生理盐水□ |
| 4.4仪器校准、设备保养有操作规程□ 有完整的校准、保养记录□ |
| 4.5体重秤、血压计有所在省、市质量技术监督局签发的检定证书□ |
| 4.6辅助用品：一次性医疗用品□ 压力灭菌器□ 紫外线灯□ 消毒药械□ |
| 实验室生物安全个人防护设备□其它健康体检仪器/设备： |