附件4

医师定期考核表（一般程序）

                                            考核年度：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |   年 月 | 相片 |
| 学历 |  | 毕业学校 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |   年 月 |
| 医师资格证书编码 |  | 取得时间 |   年 月 |
| 医师执业证书编码 |  | 取得时间 |   年 月 |
| 执业情况 | 在职/返聘 | 执业经历 |     年 | 执业范围 |  |
| 医师行为记录 | 良好行为记录 | 受到的表彰、奖励 |  |
| 完成的政府指令性任务 |  |
| 取得的科研技术成果 |  |
| 不良行为记录 | 违反医疗卫生管理法规和诊疗规范受到行政处罚、处分情况 |  |
| 发生医疗事故情况 |  |
| 考核意见 | 工作成绩评定 | 完成工作数量                                     合格□ 不合格□完成工作质量                                     合格□ 不合格□完成政府指令性工作情况                                     合格□ 不合格□执业机构评定意见：                                            合格□ 不合格□                             执业机构盖章       年 月 日 |
| 考核机构复核意见：                                         同意□ 不同意□ |
| 职业道德评定 | 执业机构评定意见：                                                          合格□ 不合格□ 执业机构盖章       年 月 日 |
| 考核机构复核意见：                                         同意□ 不同意□ |
| 业务水平测评 | □有关法律、法规、专业知识以及专业技术操作的考核或考试 □对其本人书写的医学文书的检查 □患者评价和同行评议 □省级卫生行政部门规定的其他形式   结论                                合格□ 不合格□ 考核机构盖章        年 月 日  |
| 考核结果 | 考核结论                                     合格□ 不合格□                           考核机构盖章        年 月 日 |
| 备注 |  |

注：1.在选定的□内打“∨”。

2.考核不通过原因、对考核结果提出复核申请的处理意见及其他需要说明的记入备注栏。