

附件 2

表 1

江苏省中医医术确有专长人员（多年实践人员） 医师资格考核申请表

姓 名		性 别		照片
民 族		出生年月		
学 历		健康状况		
身份证号码			联系电话（手机）	
现工作单位			现从事主要职业	
户籍所在地				
家庭地址				
通讯地址	邮编：			
医术实践地点 地址			医术实践地点名称	
《中医药法》 实施前医术实 践时间	年 月 日 至 年 月 日		《中医药法》实施 前的五年服务人次	
医术实践形式	1. 中医类别执业助理医师 ☐ ，资格证书编码：_____ 2. 乡村医生 ☐ ，执业证书编码：_____ 3. 外省中医（专长）医师 ☐ ，资格证书编码：_____ 4. 已取得我省《传统医学师承确有专长证书》人员 ☐ 5. 自己实践 ☐ 6. 跟师实践 ☐ 7. 其他 _____			
申报中医医术 专长				
申报治疗中医 疾病名称			分类代码	
申报中医药技 术方法	1. 内服方药 ☐ 2. 外治技术 ☐ 3. 内服方药为主，外治技术为辅 ☐ 4. 外治技术为主，内服方药为辅 ☐			

申报外治技术 名称			
学习途径	家传 ☐	跟师 ☐	其他
医术渊源	(包括中医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等)		
文化学习经历	(指接受的具体文化学历教育情况, 包括: 时间、学历、学校、专业等)		
医术学习经历	(指接受的中医学习教育情况, 包括: 时间、地点、过程等)		
医术实践 经历	(请写明具体实践时间、详细地点、实践形式等)		
在临床实践中是否存在医疗纠纷且造成严重后果的情况		是 ☐	否 ☐
2017 年 7 月 1 日后是否存在因非法行医被卫生健康行政部门处罚的情况		是 ☐	否 ☐
(本人承诺申报材料所填报信息真实准确, 如有虚假, 个人自行承担后果。) 申请人: _____ (签名并按手印) 时间: 年 月 日			

推荐材料一				
推荐 医师 基本 情况	姓 名		性别	
	主要执业机构		联系电话（手机）	
	职 称		执业科室	
	专业方向（职称证书上专业）		从事中医临床工作时间	
	身份证号码			
	医师资格证书编码		医师执业证书编码	
推荐 医师 意见	一、本人现在_____市_____（医疗机构名称）从事_____专业中医临床工作，对申请人_____（身份证号_____）的专业技术特长及五年期以上的中医医术实践情况有深入了解，其具备医术专长：_____ _____（XX 技术+XX 疾病），推荐其申请中医医术确有专长人员医师资格考核，推荐理由（包括被推荐人的职业道德情况，申报的医术专长的独特性、安全性及疗效等，不少于 300 字）：_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____。 二、本人知晓推荐医师应当遵纪守法，恪守职业道德，信誉良好，在推荐中无弄虚作假、徇私舞弊行为，并对《江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则》规定的“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任，同时按照江苏省医疗卫生信用管理有关规定处理”有充分的了解。 （本人承诺以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的后果。） 推荐医师：_____（至报名地点签名并按手印） 日 期：_____ 年 _____ 月 _____ 日			

推荐材料二				
推荐 医师 基本 情况	姓 名		性别	
	主要执业机构		联系电话（手机）	
	职 称		执业科室	
	专业方向（职称证书上专业）		从事中医临床工作时间	
	身份证号码			
	医师资格证书编码		医师执业证书编码	
推荐 医师 意见	一、本人现在_____市_____（医疗机构名称）从事_____专业中医临床工作，对申请人_____（身份证号_____）的专业技术特长及五年期以上的中医医术实践情况有深入了解，其具备医术专长：_____ _____（XX 技术+XX 疾病），推荐其申请中医医术确有专长人员医师资格考核，推荐理由（包括被推荐人的职业道德情况，申报的医术专长的独特性、安全性及疗效等，不少于 300 字）：_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____。 二、本人知晓推荐医师应当遵纪守法，恪守职业道德，信誉良好，在推荐中无弄虚作假、徇私舞弊行为，并对《江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理实施细则》规定的“推荐中医医术确有专长人员的中医医师、以师承方式学习中医的医术确有专长人员的指导老师，违反本办法有关规定，在推荐中弄虚作假、徇私舞弊的，由县级以上中医药主管部门依法责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其医师执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任，同时按照江苏省医疗卫生信用管理有关规定处理”有充分的了解。 （本人承诺以上情况属实，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的后果。） 推荐医师：_____（至报名地点签名并按手印） 日 期：_____ 年 _____ 月 _____ 日			

填表说明

1.本表供中医医术多年实践人员申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核时使用。

2. 表格内容（除签字和按手印部分）在江苏省中医医术确有专长人员医术资格考核报名系统中填写完整后，用 A4 纸正反面打印，最后钢笔或签字笔签字并按手印，字迹应当工整、清晰、可辨认。

3.该表格申请人基本信息由申请人填写；“推荐医师意见”由推荐医师填写，推荐医师签名应打印后由推荐医师至被推荐申请人报名的县级卫生健康行政部门进行现场签署。外省中医（专长）医师无需推荐医师推荐，不填写推荐医师信息。

4.照片应为申请人近 6 个月 1 寸白底免冠正面白底照片。

5.学历：填写申请人目前所取得的最高学历。

6.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

7.医术实践地点、家庭地址和通讯地址：应具体到江苏省 XX 市 XX 县（市、区）XX 乡镇（街道）xx 村（社区）xx 号牌。

8.身份证号码：也可填写军官证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证等其他有效身份证明编号。

9.中医医术专长：应包括使用的中医药技术方法和擅长治疗的病证范围，即“使用××技术诊治××病证”。中医药技术方法（外治技术名称）参照《中医医疗技术手册》；中医疾病名称参照《中医病证分类与代码》。

10.医术渊源：包括中医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。

表 2

江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核
中医医术专长综述表

姓名		身份证号	
申报中医药技术方法	1.内服方药 ☐ 2.外治技术 ☐ 3. 内服方药为主，外治技术为辅 ☐ 4. 外治技术为主，内服方药为辅 ☐		
申报中医医术专长			
医术实践经历			
中医医术专长综述	1.医术的基本内容及特点描述：		
	2.医术专长适应症或适用范围：		

	3. 医术安全性：
	4. 医术有效性：
	5. 医术潜在的风险性及防范措施：
申请人：（签字并按手印）	

注：中医医术专长综述字数合计不少于 1500 字。

表 3

多年实践人员从事中医医术实践活动满五年证明

兹证明：

姓名_____，年龄_____，性别_____，

（身份证号码_____），自_____年

月____日至_____年____月____日（共计_____年），在江苏省_____

市_____县（市、区）_____镇（乡、街道）_____

村（社区），从事中医医术实践活动。

出具人签字：

联系电话：

年 月 日

出具单位盖章：

年 月 日

表 4

患者推荐证明

患者 基本 信息	姓 名		性别		民族	
	身份证号码				联系电话 (手机)	
	家庭详细住址					
	所患疾病					
	就诊信息获取 途径	☐ 广告 ☐ 患者介绍 ☐ 慕名 ☐ 其他				
患者 证明 意见	所患疾病的 基本情况及诊治 经过（简要写明患 病时间、 诊疗过 程、治疗 效果等）					
	兹证明本人于____年____月____日至____年____月____日在江苏省____市____县（市、区）____镇（乡、街道）____村（社区）____（姓名）（身份证号码：____）处就诊，治疗疾病。 本人愿为其作出证明，且与被推荐人无近亲属或利害关系，并对以上填写内容真实性做出承诺，自愿承担相应法律责任。 签字（手印）： 年 月 日					

填表说明：

1. 该证明用于申请参加中医医术确有专长人员医师资格考核，请如实填写。
2. 患者联系电话应保持畅通、可供追溯，以便卫生健康行政部门核查。
3. 患者基本信息在网上填报，患者证明意见打印后由患者填写，字迹应清晰、可辨认。
4. 患者与被推荐人有近亲属或利害关系的应当予以回避。
5. 十名患者就诊时间须分布在 5 个年度。

表 5

十名患者推荐证明汇总表

序号	姓名	性别	年龄	身份证号	家庭详细住址 市县(区)、乡镇(街道)、村(社区)、 号牌	联系电话	所患疾病	就诊时间
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

表 6

指导老师/推荐医师从事中医临床工作 满 15 年证明

兹有医师_____（身份证号码：_____），自
至_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
在_____（医疗机构）_____（科室）
从事中医_____（专业）临床工作，已满_____年。
特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日

对指导老师/推荐医师执业注册信息核查情况

经查医师_____（身份证号码：_____），
自至_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
执业注册在_____（医疗机构），已满_____年。

卫生健康行政部门盖章：

年 月 日

表 7

江苏省中医医术确有专长人员医师资格考核
现场辨识中药申报表

姓名			身份证号	
申报中医药技术方法		1. 内服方药 ☐ 2. 外治技术 ☐ 3. 内服方药为主，外治技术为辅 ☐ 4. 外治技术为主，内服方药为辅 ☐		
申报中医医术专长				
1	常用方剂			
	常用药物			
2	常用方剂			
	常用药物			
3	常用方剂			
	常用药物			
4	常用方剂			
	常用药物			
5	常用方剂			
	常用药物			
汇总	常用方剂共	方。		
	常用药物	味，填入常用药物表，以备现场辨识考核和执业监督检查使用。		

常用药物是否有毒性药物 ☐ 否， ☐ 是。 如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核和执业监督检查使用。									
(一) 常用药物表									
序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称
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		30	
31		32		33		34		35	
36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45	
46		47		48		49		50	
51		52		53		54		55	
56		57		58		59		60	
61		62		63		64		65	
66		67		68		69		70	
71		72		73		74		75	
76		77		78		79		80	
(二) 毒性药物表									
序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称	序号	中药名称
1		2		3		4		5	
6		7		8		9		10	
11		12		13		14		15	
16		17		18		19		20	
申请人：____（签字并按手印）									

注：该表仅供申报的中医药技术方法是内服方药的或者外治技术中涉及使用中药的申请人填写。

表 8

回顾性中医医术实践资料

中医疾病：_____ 病例（1~5）

姓名		身份证号				
申报中医 药技术方法	1. 内服方药 ☐ 2. 外治技术 ☐ 3. 内服方药为主，外治技术为辅 ☐ 4. 外治技术为主，内服方药为辅 ☐					
申报中医 医术专长						
患者基 本信息	姓 名		性 别		年 龄	
	就诊起止日期时 间			就诊次数		
	联系电话（手机）			联系地址		
主诉：						
病史：						
辨证分析（病因、病机、证型）：						
诊断：						

治法和处方：
二诊（三诊……）有关情况（请对后续就诊的治法和处方情况进行陈述）：
病例分析及效果总结：

填表说明：

1. 此表由申请人自行填写，填写信息应真实、有效，患者联系电话应保持畅通、可供追溯，以便卫生健康行政部门核查。
2. 申报治疗 2 个及以上中医疾病的，每个中医疾病应提供 5 份病例。
3. 主诉、病史、辨证分析、治法和处方应根据患者就诊情况进行描述。
4. 请附患者就诊的相关佐证材料（如：病历或处方、治疗单、门诊日志、收费凭证等原始记录的复印件）。
5. 病例分析及效果总结应不少于 300 字，可附相关佐证材料。

表 9

乡村医生从事中医临床工作满 5 年证明

兹有乡村医生_____（身份证号
码：_____），自至_____年_____月_____日至
年_____月_____日在_____（医疗
机构），主要从事中医_____（专业）临床工作，已
满_____年。

特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日

卫生健康行政部门负责人签字：

卫生健康行政部门盖章：

年 月 日

表 10

推荐医师专业证明

兹有医师_____（身份证号码：_____），现
在本机构_____（科室）从事中医_____（专
业）临床工作。

特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日