附件3

海南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 |  | | | 性别 |  | | | 年龄 |  |
| 身份证  号码 |  | | | | | | | 联系电话（手机） |  |
| 住址 |  | | | | | | | 工作单位 |  |
| 一、医术专长（病名、代码参考附件7，技术方法参考附件8） | 病名 | 代码 | 中医药技术方法 | | | | 常用内服方剂名称 | | 外治技术类别或名称 |
| 内服  方药 | | 外治  技术 | 内外  兼有 |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| 二、中医医术渊源说明**（师承学习人员不填）** | 1.接触中医时间 | | |  | | | | | |
| 2.接触中医形式 | | |  | | | | | |
| 3.学习或掌握的中医典籍 | | |  | | | | | |
| 4.主要中医学术思想阐述 | | |  | | | | | |
| 三、中医医术确有专长综述 | 擅长使用××技术诊治××病  一、医术的基本内容及特点描述  二、医术专长适应症或适用范围  三、医术安全性（医术潜在的风险性及防范措施）  四、医术有效性 | | | | | | | | |
| 四、真实性承诺 | 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，愿意按照《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》第七章、《海南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（暂行）》第七章等有关法律法规规定，承担相应后果。  承诺人签名（按指印）：  承诺时间： 年 月 日 | | | | | | | | |