回顾性中医医术实践资料1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请考核考生信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 联系方式（手机） |  |
| 长期临床实践所在的县（市、区） | |  | |
| 医治患者信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 就诊时间 |  |
| 联系方式（手机） |  | | |
| 住 址 |  | | |
| 患者来你处治疗时的主要情况：  （主要描述患者发病过程，主要症状、在其他医疗机构是否有明确诊断）  （可加页） | | | |
| 诊 断 |  | | |
| 治疗过程：（包括治疗方法、使用技术、治疗情况及治疗效果）  （可加页） | | | |

备注：1.该实践资料选取的疾病应属于考生申请考核的疾病范畴。5份回顾性中医医术实践资料病历应涵盖考生申请考核的疾病。2.该实践资料如填写内容较多，可加页。

回顾性中医医术实践资料2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请考核考生信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 联系方式（手机） |  |
| 长期临床实践所在的县（市、区） | |  | |
| 医治患者提供信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 就诊时间 |  |
| 联系方式（手机） |  | | |
| 住 址 |  | | |
| 患者来你处治疗时的主要情况：  （主要描述患者发病过程，主要症状、在其他医疗机构是否有明确诊断）  （可加页） | | | |
| 诊 断 |  | | |
| 治疗过程：（包括治疗方法、使用技术、治疗情况及治疗效果）  （可加页） | | | |

备注：1.该实践资料选取的疾病应属于考生申请考核的疾病范畴。5份回顾性中医医术实践资料病历应涵盖考生申请考核的疾病。2.该实践资料如填写内容较多，可加页。

回顾性中医医术实践资料3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请考核考生信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 联系方式（手机） |  |
| 长期临床实践所在的县（市、区） | |  | |
| 医治患者提供信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 就诊时间 |  |
| 联系方式（手机） |  | | |
| 住 址 |  | | |
| 患者来你处治疗时的主要情况：  （主要描述患者发病过程，主要症状、在其他医疗机构是否有明确诊断）  （可加页） | | | |
| 诊 断 |  | | |
| 治疗过程：（包括治疗方法、使用技术、治疗情况及治疗效果）  （可加页） | | | |

备注：1.该实践资料选取的疾病应属于考生申请考核的疾病范畴。5份回顾性中医医术实践资料病历应涵盖考生申请考核的疾病。2.该实践资料如填写内容较多，可加页。

回顾性中医医术实践资料4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请考核考生信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 联系方式（手机） |  |
| 长期临床实践所在的县（市、区） | |  | |
| 医治患者提供信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 就诊时间 |  |
| 联系方式（手机） |  | | |
| 住 址 |  | | |
| 患者来你处治疗时的主要情况：  （主要描述患者发病过程，主要症状、在其他医疗机构是否有明确诊断）  （可加页） | | | |
| 诊 断 |  | | |
| 治疗过程：（包括治疗方法、使用技术、治疗情况及治疗效果）  （可加页） | | | |

备注：1.该实践资料选取的疾病应属于考生申请考核的疾病范畴。5份回顾性中医医术实践资料病历应涵盖考生申请考核的疾病。2.该实践资料如填写内容较多，可加页。

回顾性中医医术实践资料5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请考核考生信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 联系方式（手机） |  |
| 长期临床实践所在的县（市、区） | |  | |
| 医治患者提供信息 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 就诊时间 |  |
| 联系方式（手机） |  | | |
| 住 址 |  | | |
| 患者来你处治疗时的主要情况：  （主要描述患者发病过程，主要症状、在其他医疗机构是否有明确诊断）  （可加页） | | | |
| 诊 断 |  | | |
| 治疗过程：（包括治疗方法、使用技术、治疗情况及治疗效果）  （可加页） | | | |

备注：1.该实践资料选取的疾病应属于考生申请考核的疾病范畴。5份回顾性中医医术实践资料病历应涵盖考生申请考核的疾病。2.该实践资料如填写内容较多，可加页。