附件

北京市公立医疗机构特需医疗服务公示信息确认表

医疗机构全称：

|  |
| --- |
| 开展特需服务区域（门诊区域） |
| 位置描述 | 内设临床科室 | 使用面积（平方米） | 诊室数（个） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 开展特需服务区域（病房区域） |
| 位置描述 | 内设临床科室 | 使用面积（平方米） | 床位数（张） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 医生出诊单元安排 |
| 门诊类别 | 全院月均出诊单元数 | 备注 |
| 普通门诊（主治医师及以下） |  |  |
| 专家门诊（副主任医师） |  |  |
| 专家门诊（主任医师） |  |  |
| 专家门诊（知名专家） |  |  |
| 特需门诊（全部） |  |  |
| 其中：特需门诊（夜门诊） |  | 不计入10% |
|  特需门诊（节假日门诊） |  | 不计入10% |
|  |  |  |

 填表人姓名： 部门及职务： 联系电话：