### 附件2 工伤康复协议机构评审表

|  |  |
| --- | --- |
| **机构名称：** | **执业许可证号：** |
| **执业地址：**  | **邮 编：** |
| **法人：**  | **联系人：**  电话： 电子信箱： |
| **康复医学科配置** | **康复医学专业人员结构** |
|  科室名称: 康复科； 理疗科 康复病床数:科室面积: 病房区 ㎡ 治疗区 ㎡ | 科室总人数: 医生人数: ；护士人数: ； 治疗师人数: ；工程技术人数: ；职称结构：高级 人；中级 人；初级 人硕士 人；博士 人 |
|  **专科治疗设置**(已有者打√)**:**  | **基本康复业务情况：** |
| 功能评定室； 理 疗 室；运动治疗室；作业治疗室；语言治疗室；心理治疗室；康复支具室；针炙治疗室；推拿治疗室；工娱治疗室；音乐治疗室；其他  | 月门诊人次: 月治疗人次: 年住院人次:人均月住院费：年业务总收入： 药费占收入比例： |
| **已开展治疗项目**(已有者打√) | **主要康复病种**(已有者打√)**:** |
| 理疗;运动;作业;语言;心理;工程;针炙;推拿;娱疗;音疗;其他  | 神经康复;骨科康复;烧伤康复;儿童康复；老年康复;心肺康复;其他：  |
| **评审得分：**科室设置 分；人员配备 分；诊疗场地 分；器材与设备 分；诊疗项目 分；业务管理 分；诊疗质量 分；**评审总分**  |
| **评审结论：** 年 月 日 |