### 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 | | | | |