

附件1

长沙市冬病夏治穴位贴敷备案表

医疗机构名称：_____

联系人：_____

联系电话：_____

序号	诊疗病种	处方用药用量	穴位选择	处方拟定医师				禁忌症
				姓名	执业类别	执业证编号	职称	
专家论证意见							日期：	
医疗机构承诺		本机构承诺该项技术已对照国家标准《针灸技术操作规范第9部分 穴位贴敷》（GB/T 21709.9—2008）和中华中医药学会《中医养生保健技术操作规范（II）穴位贴敷》等有关医疗技术管理规范进行自我评估，符合相应技术管理规范要求。					法定代表人（签字）： 单位盖章： 日期：	
备案卫生健康行政部门		意见：					签字（盖章）： 日期：	

备注：本表一式两份，医疗机构和备案卫生健康行政部门各保留一份。

