

2023年医生签约服务内容记录 家庭责任 医生签约工作总结模板

总结的选材不能求全贪多、主次不分，要根据实际情况和总结的目的，把那些既能显示本单位、本地区特点，又有一定普遍性的材料作为重点选用，写得详细、具体。大家想知道怎样才能写一篇比较优质的总结吗？以下是小编精心整理的总结范文，供大家参考借鉴，希望可以帮助到有需要的朋友。

医生签约服务内容记录 家庭责任医生签约工作总结 篇一

甲方： 行政村卫生室 乡村医生

个人联系电话： 家庭住址：

乙方： 行政村 村民小组 居民户主

联系电话： 家庭住址：

指导单位： 镇卫生院

指导单位成员： 联系电话：

为了提高城乡居民的医疗、预防、保健、康复等卫生服务水平，充分发挥责任医生健康守门人的作用，本着平等、自愿的原则，乙方自愿聘请甲方为本家庭的签约服务医生，成为甲方的服务对象。经甲乙双方及指导单位三者协商，签订本协议。

一、甲方职责

甲方为乙方提供以下服务：

- 1、按照指导单位的统一时间安排，负责通知乙方到指定地点接受公共卫生服务。每年对签约家庭进行1次家庭健康状况评估，并根据评估结果，制订个性化的健康规划。
- 2、免费发放健康教育处方及医学科普资料。及时将健康教育材料发放到签约居民，每年不少于1份；及时将健康活动信息和季节性、突发性公共卫生事件信息告知签约居民，每年不少于1次。
- 3、免费为所有家庭成员建立健康档案，并实施动态管理。根据居民健康状况和需求，协助乡镇卫生院做好农村65岁以上老年人、0-6岁儿童、孕产妇健康管理服务和高血压、糖尿病、重型精神病患者的筛查、随访工作。咨询结果和服务信息及时录入农村居民健康管理信息系统或上报给指导单位。各类人员的体检及管理按照《国家基本公共卫生服务规范（2011年版）》的要求进行。
- 4、提供24小时免费电话咨询，给予健康、预防、保健等方面指导。
- 5、通过门诊、电话、上门等方式对乙方及其成员的健康状况进行调查和管理，为其制定健康生活措施和疾病防治方案。紧急情况时帮助联系和按规定实施转诊。

乙方：服务项目： 成员1：服务项目： 成员2：服务项目：

二、乙方职责

- 1、乙方所有家庭成员主动配合甲方开展上述服务，将身体健康状况、变化情况及与健康相关的信息、资料及时、准确告知甲方，并保证相关信息、资料的真实性、合法性。

2、需甲方上门服务时，乙方应提前与甲方预约。

3、积极参与、配合甲方开展的与疾病防治相关的各种活动，认真执行甲方或指导单位为其制定的防病治病的相关措施。

三、指导单位应加强对甲方的管理，做好宣传材料印发、体检时间安排等规划，并为甲方在为乙方服务过程中提供技术支撑和后勤保障。

四、乙方如对甲方服务不满意，可向指导单位投诉，也可请指导单位协调解决，乃至申请更换签约医生。

五、甲方给乙方提供服务的过程中，因乙方对甲方隐瞒病史信息或不执行甲方制定的防治方案、不听从指导影响到服务质量，其产生的后果由乙方承担。

六、甲方给乙方提供服务中，因乙方病情超出甲方诊疗水平和能力而造成不良后果的，甲方不承担责任。

七、本协议自签订之日起生效，协议壹式叁份，甲、乙、指导单位三方各执壹份，有效期壹年。期满后如需解约，乙方需告知甲方，双方签字确认，不提出解约视为自动续约。

八、本协议为试点版本，如与国家相关法律法规有抵触者，以国家法律法规为准。

甲方(签名)： 乙方(签名)：

年 月 日 年 月 日

指导团队负责人(签名)： 指导单位法人（签名）：

年 月 日 年 月 日

医生签约服务内容记录 家庭责任医生签约工作总结 篇二

甲方：

全科医生（驻村医生）：

联系电话：

乙方：身份证号码：

住址：联系电话：

一、乙方自愿聘请甲方为社区责任医生，成为甲方的服务对象。

二、甲方职责：为服务对象提供以下服务：

1、免费提供基本公共卫生服务。按照《浙江省基本公共卫生服务规范（2013版）》要求，做好相关的基本公共卫生服务工作。

2、免费提供健康咨询服务。与乙方建立健康伙伴关系，指导乙方开展健康自我管理，提供个性化健康管理建议，开展健康咨询与健康宣教，引导其积极参与社区健康自我管理小组活动，及时告知健康讲座、健康宣教等活动信息。

3、建立和完善电子健康档案，并利用功能强大的数据库，动态连续地记录预防、保健、疾病诊治等过程，全面掌握乙方的健康信息。

4、提供基本医疗服务。采用适宜技术、基本药物等，帮助乙方解决常见健康问题；为乙方提供医疗卫生服务上的便利，引导乙方到社区首诊，并为其提供便捷的双向转诊服务。协

助乙方向上级医疗机构转诊和预约诊疗，并及时对接和提供由上级医疗机构转回社区后的家庭康复指导服务。

三、乙方自愿接受以上服务，将自己的身体健康状况及时告知甲方，并保证沟通畅通，积极配合甲方的服务。

四、本协议自签订之日起生效，有效期为年。期满后如需解约，乙方需告知甲方，双方签字确认。不提出解约视为自动续约。本协议一式两份，甲、乙方各执一份。

甲方盖章：

年月日

乙方签字：

年月日

医生签约服务内容记录 家庭责任医生签约工作总结 篇三

截止目前，已签约11105人，总体签约率为22%；重点人群共13482人，签约数为8280人，签约率为61.4%，履约4300人，约51%；贫困人口共2447人，签约2302人，签约率为90.7%，履约800人，履约率34%。

1. 积极组织相关科室工作人员进行家医服务相关文件的学习，让大家明白到签约服务的重要性，同时做好与医疗组、公卫组的各方面协调，以不更好开展家医服务工作。

2. 利用健康教育宣传栏、横幅、健康教育讲座、家医宣传日、义诊或征兵工作对群众进行家医宣传，发放签约服务服务宣传彩页。

3. 优先与辖区内愿意接受家庭医生签约服务的重点人群签订家庭医生服务协议书，同时政策文件的支持下加快与扶贫人群和残疾人群的有偿签约服务。

4. 调整服务方式，以主动服务为主，做好人群分类，提供不同类别的家庭医生签约服务。如上门家庭随访服务，定时或不定时电话随访为主，了解其服务需求变化。在签约的同时为居民留下团队服务名片，以便居民需要时与团队成员联系。

1. 上门服务存在现实困难。乡镇卫生院是财政差额拨款单位，现有专业技术人员紧缺，医生团队要抓临床医疗业务，保障职工收入和医院生存发展，还要完成家医服务工作，另服务居民数量逐年增加，现签约服务全部由公卫人员入户签约，与群众要求、工作要求造成一定的冲突，出现保量而不能保质。

2. 部门单位和群众参与度欠缺，未能联动，导致家医服务流于形式，例如转诊服务、优先预约专家门诊或住院等。

4. 部分居民出外工作或在外居住，造成签约或履约困难。

1、多创新活动多创新形式宣传家医服务，引导群众积极参与提高签约及履约。

2、加强本院家庭医生签约服务团队培训的力度，重点对服务理念、服务能力、服务技巧及专业操作等方面进行培训，提高家庭医生签约服务团队的综合服务能力。

3、计划以一个村委或人群为试点，健全各方面服务制度，提高服务质量，以点带面，稳步推进，逐步做到全面覆盖。

4、完善家医绩效考核制度，提高家医报务人员绩效。

6、争取上级家庭医生签约资金，以更好开展家庭医生签约服

务，推动家医服务工作做实做全。

医生签约服务内容记录 家庭责任医生签约工作总结 篇四

根据xx区卫生局整体工作精神，成立了以xxx院长为组长的xx镇家庭医生式签约服务工作领导小组，并及时起草了《xx镇20xx年家庭医生式签约服务工作方案》。截至今年9月1日，共召开专题会议10场，组建团队24个，团队成员160人，参加家庭医生式签约服务培训580人次，于20xx年8月29日，邀请区卫生局及区疾控中心有关领导参加，在东皋村村部召开“xx镇家庭医生式服务工作启动会”；多次召开xx镇各乡村卫生所、院全体医务人员参加的“xx镇家庭医生式签约服务工作部署会议”“xx镇家庭医生式签约服务工作推进会”“xx镇家庭医生式签约服务工作培训会”“xx镇家庭医生式签约服务健康评估工作培训会”等工作会议，会议都紧密围绕家庭医生式服务工作的服务内容、人员构成、经费保障、工作持续性等内容进行了布置、推进、并充分研讨，统一了思想，提高了认识，为家庭医生式服务工作的稳步推进奠定了组织基础。

为保障家庭医生式签约服务工作的深入人心，根据《xx区家庭医生式服务工作宣传月活动方案》（荔卫〔20xx〕112号）文件精神，我镇制定了《xx镇家庭医生式服务工作宣传月活动方案》，积极开展主题为“让家庭拥有医生，让医生走进家庭”的家庭医生式服务工作宣传月活动。通过下乡义诊、健康咨询、知识讲座、入户上门等多种活动形式向居民发放“致社区居民一封信”20000多份，家庭医生手册15000份、签定家庭医生式服务协议书6542份。同时，我镇还统一印制了以宣传家庭医生服务理念、服务内容和形式为主题的宣传栏25版、宣传海报30份，雇用三轮车30辆，粘贴在车身左右两侧，通过街头和村主干道游行的形式进行活动宣传，有效营造了家喻户晓的宣传氛围，为家庭医生式服务工作的

顺利推进奠定了舆论基础。

在xx镇东皋村、汀江村两个试点村开展家庭医生式签约服务工作中，以慢性病管理、孕产妇保健管理、残疾人康复、婴幼儿保健及其它服务（出诊、上门访视、家庭护理）等为重点，掌握了服务人群底数的和需求人员数量，为全镇家庭医生式服务的扎实推进奠定了信息基础。

1、分片服务、明确责任

根据xx镇人口分布及村卫生所分布特点，以辖区24个村卫生所为载体，将xx行政区域“网格化”划归相应的村卫生所，保证xx镇所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。镇卫生院和各村卫生所组成了由“全科医生、社区护士、防保人员、乡村医生”为核心的“家庭医生式签约服务团队”，提供家庭医生式服务。明确所管辖的村居分布，并在各村部设立“家庭医生式签约服务团队”公示牌，公示团队服务人员、服务范围、服务时间、服务内容、联系方式等信息。

2、分级服务、明确目标

各公共卫生服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和家庭医生式服务的接受程度将居民分为三个级别，第一级是暂时不愿接受家庭医生式服务的居民；第二级有需求时才愿接受家庭医生式服务的居民；第三级是愿意接受家庭医生式服务的居民。根据居民所处的级别不同提供不同的健康管理服务。

第一级以观察为主，加强宣传，定时不定时进行一次电话随访，了解其服务需求变化。

第二级以宣传为主，进行健康管理服务宣传并发放家庭医生联系卡，以便其有需求时可随时与团队成员联系。

第三级以主动服务为主，根据健康状况和健康需求情况进行分类，并对不同类别特殊人群提供有针对性的家庭医生式签约服务。

3、分类服务、明确标准

对愿意接受家庭医生式服务的第三级居民，按照健康状况和健康需求情况划分为四类：第一类为健康普通人群，第二类为需关注的人群，第三类为慢性病人群，第四类为高危或合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人。根据居民所处的类别，明确服务内容及标准，提供针对性的签约服务并保证服务的质量和可持续性。

第一类健康普通人群，以促进健康为目标。

1、提供健康评估及规划。根据健康档案信息，每年对居民健康状况进行一次年度评估，并根据评估结果，制定下一年度居民健康规划和目标。

2、提供健康“点对点”管理服务。及时对签约居民发放健康材料；及时告知健康教育和健康促进等活动信息；及时告知季节性、突发性公共卫生事件信息。

3、每半年召开签约居民代表座谈会一次，寻找健康危险因素并制定干预计划。

第二类需关注的人群，如孕产妇、婴幼儿、亚健康人群等。以预防疾病促进健康为目标。

1、对签约的孕妇提供孕期指导服务。

2、对签约的产妇和新生儿进行3次上门访视并体检。

3、实施稳定血压、控制体重等健康工程，定期开展健康教育

及健康干预。

医生签约服务内容记录 家庭责任医生签约工作总结 篇五

一、

组长：佟海霞（第三团队长）

组员：王秀媛（家庭医生）刘成龙（公卫人员）

朱鹤（责任护士）董冰（医生助理）

孙国艳（医生助理）

周德山（莲花村乡医）王会（裴家村乡医）

郝志（沙家村乡医）王冬（东莲花村乡医）

第三家庭医生团队主要负责，万昌镇莲花村、裴家村、沙家村。

二、

1、我团队在四月份为辖区内的老年人以及贫困人口开展了健康体检工作，其中老年人体检为518人，完成了月初制定的工作计划，其中贫困口体检工作完成的不是特别理想，没有完成月初制定的工作计划。体检完成我团队工作人员对化验单反馈的工作开展的较为不错，由老年人管理人员进行电话确认，其中群众的反馈还是比较理想的。

2、对辖区内的糖尿病患者开展了以糖尿病患者的中医保健知识授课取得了相应的效果，总计听取讲座人次数达到50人次。群众大部分都是可以理解授课内容的。

3、对辖区内的精神病患者开展了随访工作，我团队共计管辖精神病患者42人，对精神病患者随访工作我团队工作人员不敢大意，每入一户都会详细询问其现况以及对家属讲解一些相关法律法规，本月我一例精神病患者肇事肇祸现象发生。

4、对贫困人口随访工作由我团队工作人员配合院内医生完成，我团队圆满的完成了对管辖内的154名贫困人口随访工作，对贫困人口健康卡的使用方法都可以说的出来。

三、

1、根据各项工作的开展使我辖区内的居民对家庭医生签约服务以及公共卫生服务的认可以及认同可以上一个层次。

2、开展随访工作可以让我辖区群众身心健康可以得到一个良好的保证。

3、可以对老年人的健康状况可以有一个更好确认，对存在的一些隐疾可以及时掌握。

四、

1、及时对辖区内的居民开展各类活动。

2、在5.19世界家庭医生日做好宣传，让群众更好的了解家庭医生。

3、对没有体检的贫困人口要根据情况及时开展，争取在年底覆盖完成。

万昌镇中心卫生院第三家庭医生团队

20xx年4月29日