

# 最新家庭签约医生服务协议 家庭责任医生签约协议(精选5篇)

范文为教学中作为模范的文章，也常常用来指写作的模板。常常用于文秘写作的参考，也可以作为演讲材料编写前的参考。范文怎么写才能发挥它最大的作用呢？以下是小编为大家收集的优秀范文，欢迎大家分享阅读。

## 家庭签约医生服务协议篇一

甲方：九宫庙街道百花社区卫生服务站 责任医生：

乙方：楼 栋 号，居民户主 联系电话：

指导单位： 九宫庙街道 百花社区卫生服务站

指导单位成员：

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。

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》的要求进行。

4、提供电话咨询，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。

以上5项服务为基本服务项目，不收取费用。协议双方可通过协商，增加、细化服务项目。

## 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、不听从指导意见而影响

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)： 张建勇 指导单位法人(签名)：

年 月 日 年 月 日

解约时间： 解约原因：

甲方确认： 乙方确认：

监督电话： 68846954

甲方： 中心 站 联系电话： 签约责任医师： 手机：

乙方： 身份证号：

联系地址： 联系电话：

(18岁以下未成年人、精神病患者等对象，应由其监护人代为签约，增加以下内容： 监护人姓名： 与甲方关系： 联系电话：

指导单位： 乡镇(街道)社区卫生服务中心 监督电话： 为

了提高居民的卫生服务水平，充分发挥社区家庭医生健康守门人的作用，本着平等、尊重和自愿的'原则，乙方聘请甲方为签约责任医生，成为甲方的服务对象。经甲乙双方协商，并在充分理解签约服务条款的前提下，签订本合同。

《家庭责任医生签约协议》全文内容当前网页未完全显示，剩余内容请访问下一页查看。

## 家庭签约医生服务协议篇二

甲方： 医师 联系电话：

乙方（家庭代表）： 身份证号：

固定电话： 移动电话：

家庭地址：

丙方：连平县 卫生院

根据连平县家庭医生服务的有关规定，甲、乙、丙三方协商，乙方全家有\_\_\_\_\_人，自愿聘请\_\_\_\_\_为家庭医生，成为甲方的服务对象。

按卫计部门的规定提供规范的基本医疗和基本的公共卫生服务。具体服务项目内容如下：

（一）建立家庭健康档案，为档案隐私尽保护责任。

（二）为签约家庭提供电话咨询服务，服务时间为：

星期一到星期五上午（8时 / 分至12时\_/\_分）

下午（14时30分至17时30分）

（三）为家庭成员的以下不同人群，提供针对性的服务：

1、对家庭成员中65岁及以上老年人开展每年一次常规体检，及心理健康指导、家庭照顾指导（老年功能量表评估、老年疾病预防指导、健康教育）。

2、为家庭成员中0—6岁的儿童开展系统保健管理指导服务（如定期健康体检、发育评价、保健指导、预防接种指导），为新生儿进行家庭访视。

3、为家庭成员中孕期妇女提供5次孕期指导及2次产后的访视指导、为妇女提供保健咨询指导（计划生育的咨询指导、孕前保健、生殖健康、心理健康指导等）。

4、为家庭成员中有需求的儿童和妇女提供健康教育和保健指导。

5、为家庭成员中高血压、糖尿病等慢性病患者提供健康系统管理及转介服务。

（四）为建立契约的家庭提供家庭生命周期指导，家庭功能评估，家庭健康干预计划等健康自助管理服务。

（五）为建立契约的家庭提供电子病历、保健体检信息等健康档案的存储和查询。为建立契约的家庭提供健康教育资料信息的索阅和网络阅读（发放健康处方）。

（六）为建立契约的家庭提供预约就诊、家庭病床和转介会诊等项目的医疗、咨询服务。

（七）为建立契约的家庭的成员提供常见病、多发病的有偿诊断治疗服务。

（八）乙方出现紧急情况时应及时报120急救，甲方协助120

进行急救。特需上门服务应在约定时间内进行，但不做任何有创治疗。同时不承担乙方病情变化引起的法律责任。

（九）履行健康信息的告知义务。

（一）提供详实的住址信息和个人资料。

（二）提供真实的个人健康资料。

（三）为每一次预约登记提供保证。

（四）对预约上门访视的家庭医生给予足够的便利。

（五）定期管理和维护个人及家庭的信息。

（六）按照家庭医生要求进行周期性体检。

（七）在医疗救治时，服从甲方的安排。

（八）及时为付费项目结账。

（一）加强对甲方的管理，并为甲方在为乙方服务过程提供其他科室的支持和后勤保障。

（二）承担甲方转介病人的诊断、治疗工作、并按规定收费。

本协议自签订之日起生效，协议书与附件具有同等法律效力，有效期一年。本协议一式三份，甲、乙、丙三方各执一份。

甲方签字：

乙方签字：

丙方签字（盖章）：

签订日期： 年 月 日

## 家庭签约医生服务协议篇三

甲方：全科服务团队负责人： 联系电话： 全科服务团队成员：

乙方：（户主或家庭代表） 联系电话： 家庭成员：

家庭住址：

服务单位：利州区南河社区卫生服务中心

为了提高社区居民的医疗、预防、保健、康复等卫生服务水平，充分发挥家庭医生健康守门人的作用，本着平等尊重和自愿的原则，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、乙双方协商，签订本协议。

### 一、甲方职责

甲方为乙方提供以下服务：

- 1、建立健康档案并及时更新、维护，进行健康状况评估，制定个性化的健康规划。
- 2、健康信息告知，及时将健康教育资料发放给签约居民，每年不少于1份，及时将健康讲座等活动信息和传染病、突发公共卫生事件信息告知签约居民，每年不少于1次。
- 3、对0-6岁儿童进行预防接种及常规健康检查、健康指导等随访管理。
- 4、对孕产妇提供产前检查及产后访视等健康管理。

5、对65岁以上老年人提供每年1次的免费健康体检（包括国家

规定的辅助检查），并根据检查结果进行健康干预管理，提供中医药健康指导服务，必要时住院治疗。

6、对高血压、糖尿病提供每年不少于4次的随访，给予用药指导、健康教育，中医药健康干预等服务。

7、对居家重症精神疾病患者提供随访服务，每年为病情稳定的患者进行免费体检1次（包括国家规定的'辅助检查'）。

8、对居家观察的传染病接触者提供预防指导及消毒隔离指导。

9、对在健康管理中发现的问题及时给予医学指导或转诊建议。

10、为签约居民优先提供转诊服务和预约门诊服务。

11、为行动不便确实需要的签约居民，在保证医疗安全的前提下提供上门访视、康复指导服务。

12、根据签约居民健康需求，在保证医疗安全的前提下，开展其他适宜基本医疗服务。

13、定期通过门诊、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。

## 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，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、乙方对甲方服务不满意时，可向中心投诉、也可请中心协调解决，乃至申请更换签约医生。

五、甲方在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、不听从指导意见而影响到服务质量，其产生的后果由乙方承担。

六、本协议自签订之日起生效，协议壹式叁份，甲、乙、指导单位三方各一份，有效期壹年，期满后自动解约。

七、本协议为试点版本，如与国家相关法律有抵触，以国家法律法规为准。

甲方（签名） 乙方（签名）

年 月 日 年 月 日

服务单位法人（签名）

服务单位地址：

服务单位电话：

甲方：相山区任圩街道社区卫生服务中心 社区全科医师团队

乙方(家庭成员代表)： 健康档案号： 电话号码： 身份证号码： 住 址： 家庭成员：

甲、乙双方共同确定 全科医师团队为乙方的家庭签约服务团队。

团队队长：

团队成员：

团队长电话号码：

甲、乙双方本着平等、尊重和自愿的原则，签订此服务协议，接受以下条款的约定：

一、甲方作为服务的提供者，在提供基本医疗和基本公共卫生服务的基础上，向乙方免费提供以下个性化服务：

1、建立居民健康档案，开展个人健康评估及健康知识指导。

2、提供分类服务—根据居民健康状况和需求，重点是65周岁及以上老年人、高血压及糖尿病病人、孕产妇、0—6岁儿童、重性精神病人，提供主动健康咨询和分类指导服务。

（1）、65周岁及以上老年人服务内容：每年提供生活方式和健康状况评估1次、提供体格检查1次、提供常规辅助检查（含血常规、尿常规、心电图、血糖、肝功、肾功、血脂检查）1次、告知健康体检结果并进行相应健康指导。

（2）、高血压患者服务内容：每年提供健康体检1次、提供随访并进行健康指导4次。

（3）、糖尿病患者服务内容：每年提供健康体检1次、提供随访并进行健康指导4次。

（4）、孕产妇保健服务内容：为孕早期孕妇建立《孕产妇保健手册》并提供孕妇健康状况评估1次，为孕中期孕妇提供产前随访2次，督促孕晚期孕妇到接生定点单位进行随访2次，

为产后1周、产后42天产妇提供访视各1次。

(5)、0-6岁儿童保健服务内容：为0-6岁儿童建立预防接种证并进行常规预防接种，为出生7天新生儿提供家庭访视1次，为满月新生儿提供健康管理1次，为0-3岁婴幼儿提供健康管理8次，为4-6岁儿童提供健康管理3次。

(6)、重性精神病人服务内容：为患者提供1次全面健康评估，每年提供6次随访并进行健康指导，每年在患者病情许可的情况下进行体格检查1次。

3、提供上门服务——对空巢、行动不便并有需求的居民提供上门健康咨询和指导服务。

4、优先医疗服务——对签约居民来院就医，实行全科医师团队成员预约服务和首诊服务，简化就医流程，将健康状况及时录入居民健康档案中，实行动态管理。

二、乙方自愿接受以上所选服务，将自己的身体健康状况及变化情况首先及时告知甲方，并保证沟通畅通，积极配合甲方提供的免费服务。

三、以上服务内容为国家基本公共卫生服务项目，不收取任何费用。

本协议书一式两份，甲方、乙方各执一份，自双方签字之日起生效，有效期为一年。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。

甲方（签名并加盖公章）： 乙方（签名）：

年 月 日

解约时间： 解约原因：

甲方确认盖章： 乙方确认签字：

年 月 日

## 家庭签约医生服务协议篇四

甲方： 村卫生室 乡村医生： 联系电话：

乙方： 村 小组 户主姓名： 联系电 话： 家庭人数 人

指导单位： 镇（乡）卫生院

为了提高农村居民的医疗、预防、保健、康复等卫生服务水平，充分发挥乡村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。及时将健教材料发放到签约居民，每年不少于1份；及时将健康大课堂或健康教育讲座等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，每年免费为家庭中60岁以上成员体

检一次，对0-6岁儿童进行预防接种和健康管理，对孕产妇进行产前、产后的健康管理，对高血压、糖尿病等慢性病患者及重型精神病患者提供每年不少于4次的主动健康咨询和分类指导服务。咨询结果和服务信息及时上报给指导单位。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、定期通过门诊、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转诊。以上5项服务为基本服务项目，不收取费用。协议双方可通过协商，增加、细化服务项目。对乙方家中行动不便的家庭成员，可以提供上门服务，建立家庭病床。

6、为签约居民提供一般常见病、多发病的诊疗服务，在诊疗服务过程中严格执行国家基本药物制度和新型农村合作医疗门诊统筹制度。

为了保障乙方及时得到家庭签约服务，甲方在接到乙方的求助申请后，应及时提供服务。在甲方有特殊医疗任务或因其他原因难以保证上门服务时，可以请指导单位或卫生室负责人指派其他乡村医生上门服务。

## 二、乙方职责

1、乙方所有家庭成员应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，认真执行甲方为其制定的防病治病的相关措施。

1

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。

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而影响到服务质量，其产生的后果由乙方承担。

六、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，期满后自动解约。

乙方(签名)： 年 月 日

指导单位（公章）： 年 月 日

解约时间： 年 月 日

解约原因：

甲方确认： 乙方确认：

注意：签约服务协议必须真实性，若服务对象的户主或家庭代表没有真实签名，村医将承担一切后果！

甲方：周河镇家庭医生服务团队。

团队长：（ ）

乡村医生：

乙方：小组，居民户主：

联系电话： 家庭住址：

指导单位： 周河镇镇卫生院

为了提高农村居民的健康水平，充分发挥卫生院及乡村医生健康守门人的作用，规范签约服务期间甲、乙双方的职责和义务，依照《关于开展乡村医生服务团队签约服务试点的指导意见》的相关规定，本着互惠、互利、自愿的原则，甲、乙双方协商一致，签订本协议。

## 一、甲方职责

为乙方家庭提供基本医疗与基本公共卫生服务，为乙方家庭建立健康档案和健康手册；为乙方家庭中慢性病患者、残疾人等重点对象提供定期随访和健康干预。甲方为乙方提供以下服务：

（一）健康信息采集：建立和更新家庭健康档案，提供个性化的健康信息记录以及个人疾病管理记录。

（二）健康体检检查：对临床随访的居民进行基本体格检查，为首诊居民进行免费健康体检，为有需求的居民进行个体化的健康体检项目。

（三）健康服务指南：即协议服务、预约服务、预告服务和转诊服务。

（四）健康规范管理：根据居民健康管理需要，按照《城乡基本公共卫生服务项目实施方案》的要求对签约家庭的0-6岁儿童，孕产妇、65岁以上老年人、慢病患者等重点人群进行

规范化健康管理。

（五）健康咨询服务：为居民提供健康危险因素评价，进行健康方式指导，有条件的或创造条件提供中医药保健咨询服务。

（六）个体化健康服务：为有特殊需求的居民量身定制个人健康维护计划、健康技能指导计划和疾病系统管理计划。

## 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、保证沟通畅通，尊重和配合家庭医生及相关医务人员提供的医疗卫生服务，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、甲乙双方任何一方违反本协议规定即为违约，守约方有权终止本协议。

六、本协议经甲方单位授权甲方签字并加盖甲方单位公章和乙方签字后生效，有效期为1年，期满后（未提出异议的，本



协议自动续约)。

七、本协议书一式三份，甲、乙双方、指导单位各持一份。

甲方（签名）： 乙方（签名）：

年 月 日 年 月 日

指导单位法人（签名）：

年 月 日

解约时间： 解约原因：

甲方确认： 乙方确认：

## 家庭签约医生服务协议篇五

为进一步推进社区卫生服务能力建设，深入贯彻落实《社区卫生服务中心家庭医生式健康管理签约服务工作方案》，我中心责任医师团队开展了一系列的宣传和签约工作，现将本团队家庭医生签约式服务工作总结如下：

及时组织团队成员学习工作方案精神，紧密围绕家庭医生式服务工作的基本原则、服务内容、服务对象、工作持续性等内容进行了充分研讨，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。

为保障家庭医生式服务工作的深入人心，我中心统一印制了以宣传家庭医生服务理念和服务内容、服务形式为主题的“致社区居民一封信”，并分发给本辖区各居委会，同时，印制家庭医生联系卡、家庭医生式服务协议书等，制作了宣传横幅、宣传栏。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。

在签约服务的居民中，调查了居民希望得到的医疗卫生服务。包括健康教育与健康促进、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、送药上门、家庭护理等）。服务人群底数的清晰和需求人员数量的掌握，为家庭医生式服务的扎实推进奠定了信息基础。

进一步明确辖区人口分布，保证所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。我团队组成由“全科医生、社区护士、防保人员”为核心的“片儿医”团队，提供家庭医生式服务。明确所管辖的社区分布，并在社区设立“片儿医”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。对愿意接受家庭医生式服务的居民，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。

优先与辖区内的慢性病人、空巢老人、残疾人、妇幼保健对象等愿意接受家庭医生式服务的重点人群签订家庭医生式服务协议书，并根据协议书内容提供建立健康档案、电话咨询、入户访视、健康教育等针对性服务。目前，已签约的社区居民家庭50户，签约人数59人。

家庭医生式服务模式实现了现有医务人员对社区居民健康管理的全覆盖，从坐等患者上门变为深入社区为居民提供服务，社区健康管理能力得到切实加强。提高了社区居民对医疗健康服务和健康知识的知晓率，健康教育、预防保健、康复、计划生育等服务得到落实，居民健康意识不断增强。在一定程度上缓解了困难群体“看病难、看病贵”的问题，推进了基本公共卫生服务事业的发展。