

最新慢病管理工作计划 慢病防治工作计划 计划优选(模板9篇)

计划是人们在面对各种挑战和任务时，为了更好地组织和管理自己的时间、资源和能力而制定的一种指导性工具。因此，我们应该充分认识到计划的作用，并在日常生活中加以应用。下面是小编整理的个人今后的计划范文，欢迎阅读分享，希望对大家有所帮助。

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇一

(一) 慢性病危险因素监测：在卫生局、疾控中心领导的大力支持下，对我县个乡镇个行政村共计人进行了慢性病危险因素监测工作。问卷经过审核、回访、整理、评估数据库共录入份问卷。调查了被调查对象构成情况、吸烟情况、饮酒情况、就餐情况、身体活动情况、高血压调查情况、糖尿病调查情况。针对调查内容分析出超重、肥胖、高血压、糖尿病、精神卫生等结果。分析显示15—74岁高血压患病率为，5—74岁糖尿病患病率为。

(二) 慢性病督导考核工作：在卫生局带队下完成对乡镇公共卫生服务次的督导及考核工作，针对督导中存在的问题进行了指导并提出整改性建议。

(三) xx县全民健康生活方式行动启动工作：为提高我县全民健康意识和健康生活方式的行为能力，降低慢病危险因素，创造长期可持续的支持环境，今年9月份启动全民健康生活方式行动工作。组织县直医疗单位、县疾控中心、县卫生监督所、乡镇卫生院共计千余人的健步走活动。对参加活动的人员和群众免费发放了控油壶、限盐勺、折页、倡议书、全民健康生活方式核心信息书刊组成的大礼包余套，并重点讲解了控油壶、限盐勺的正确使用方法和作用。展示了健康生活方式方面的展板余块。前来观看的群众达500余人次，接受咨

询的群众达450余人次，发放全民健康生活方式行动倡议书和折页3000余份。为创造可持续性的健康生活环境，以后逐步创造健康食堂、健康社区、健康单位、健康餐厅等示范性单位。

（四）截至今日完成6个慢病防治卫生宣传日的宣传活动工作，即“世界无烟日”、“全民健康生活方式日”、“爱牙日”、“全国高血压日”、“世界精神卫生日”、“联合国糖尿病日”。利用健康教育宣传栏、制作健康知识展板、开展健康咨询、制作发放宣传资料等形式，开展各种疾病防治知识传播，共计制作宣传材料8000份，发放5000余份，接受咨询达5000余人次。

（一）*及卫生行政部门对慢性病防治工作重要性的认识严重不足。

*或卫生行政部门没有协调好相关部门的关系，没有明确各部门的责任。

（二）专业技术人员力量不足。

随着基本公共卫生力度的加深及重视，对慢性病防治（高血压、糖尿病、重性精神疾病）健康教育的工作技术要求越来越严格，专业技术水*越来越高，所以需要一定数量的慢病防治专业工作人员匹配当前的工作。

（一）抓住机会、逐步深入。

在以后慢性病防治工作（项目工作、公共卫生工作）在做好本职工作的前提下，在一定基础上逐步深入、全面开展。

（二）加强专业学习。

在外因充足的情况下，如果不加强自身学习、慢性病防治工

作的有效开展就无法顺利进展。所以加强人员业务学习和培训，提高了自身业务技能是当务之急。

——慢性病个人申请书

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇二

房县20xx年慢性非传染性疾病防治工作计划为进一步落实基本公共卫生服务均等化项目工作在我县全面开展，遵循突出重点，分级管理的原则，以规范化建设管理为标准，以创建“慢病综合防治示范区”、“健康湖北”、“疾控工作强基工程”为契机，结合我县慢病防治实际情况，努力推进湖北省全民健康生活方式行动，逐步开展示范创建等健康促进活动，加强业务培训，为我县慢病综合防治的开展，特制订20xx年慢病综合防治工作计划。

(一)全面实施基本公共卫生均等化项目服务慢性非传染性疾病管理工作，以《国家基本公共卫生服务规范》(20xx年版)为依据和标准，全力做好慢性病相关的基本公共卫生均等化项目服务的工作落实。20xx年常住人口居民健康档案建档率要达到100%(纸质和电子)，65岁以上老年人、高血压、糖尿病、重性精神病患者登记率达到60%及以上，规范化管理率达到60%及以上，血压、血糖控制率达到45%及以上。

(二)重点做好慢性病综合防治工作，以城乡居民健康档案建档为支撑，积极探索以人群分类管理为基础，以高血压、糖尿病、老年人健康管理、重性精神疾病为重点的慢病防治工作方法途径。

(三)积极开展慢性病控制工作。促进县级以上医疗机构死因监测、网络报告工作及肿瘤监测工作的进一步实施。督导乡镇卫生院城乡居民健康档案建档工作任务的落实，加强质量控制，提高数据质量。

(四)积极推进全民健康生活方式行动，以示范创建工作为重心，指导全县开展形式多样的慢性非传染性疾病相关的健康宣传、健康促进活动。

(一)全面落实居民健康档案、慢性非传染性疾病相关的基本公共卫生均等化项目服务工作。

1、以建立居民健康档案为基础，慢性病健康教育为重点，探索疾控机构指导基层公共卫生开展慢病防治的方法与模式。

2、做好业务指导与培训，推广国家基本公共卫生服务规范和湖北省慢病社区综合防治技术，举办慢性病综合防治培训班，加强慢病防治队伍能力建设。

3、每季度开展居民健康档案、慢病管理情况的督导、统计和评估，并在全县进行信息通报。每月及时上报、审核公共卫生信息报表。

(二)做好慢性非传染性疾病相关的死因监测、肿瘤监测工作。

(1)在县直医疗机构开展死因监测、肿瘤监测工作，做好常规死因网报审核及分析工作。

(2)加强死因、肿瘤监测工作督导，提高死因、肿瘤监测工作质量。

(3)举办死因监测培训班，提高专业人员业务素质和工作能力。

(三)慢性病人随访管理

1、通过居民健康体检对发现的慢性病进行登记、管理，重点做好高血压、糖尿病、重性精神病和老年人健康管理，积极推广患者自我管理模式。

2、督促落实乡镇卫生院对辖区内的高血压病人、糖尿病病人

进行一年不低于四次面对面随访工作，落实对老年人进行一年一次健康体检和重性精神病人的随访管理，按要求做好相关项目检查，做好随访记录、填写存档备查并保证信息的真实性、准确性。同时做好服务券的督导、管理工作。

(四) 开展健康教育和健康促进活动

- 1、采取多种形式开展慢性非传染性疾病相关知识的宣传健康教育、充分利用广播电视进行宣传慢性病防治知识。
- 2、组织专业技术人员对慢性病人进行慢性病防治知识讲座。

(五) 积极推进全民健康生活方式行动。

1、按照省卫生厅《湖北省全民健康生活方式行动实施方案》的要求，协助卫生行政部门在全市开展全民健康生活方式行动，重点开展全民健康生活方式示范创建活动，有计划地在全县建立示范社区，示范单位、示范食堂、示范餐厅、示范超市等，进一步调动广大居民的积极性，逐步提高居民健康素质。

2、在城关、红塔、军店、化龙等重点乡镇开展全民健康生活方式行动的健康教育和行为干预试点。规范和完善健康促进活动内容，为全面推进全民健康生活方式行动探索和经验收集，并做好全民健康生活方式行动信息上报工作。

2、制定完成“5.31”世界无烟日、“9.20”全国爱牙日、“10.8”全国高血压日、“11.14”世界糖尿病日等相关慢性病宣传日计划、方案，指导开展好宣传活动，并完成宣传总结工作。

3、全年开展“肿瘤监测”、“死因监测”、“全民健康行动”工作，并做好报表、年报分析、统计总结工作。

4、12月份整理资料，迎接上级有关部门的年终检查和考评工作。

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇三

(一)、任务目标

1. 执行35岁以上社区居民首诊测血压制度;每年至少测一次血压和血糖。
2. 对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范完整的档案资料，建档率和规范管理率达95%以上，有效随访率达85%。
3. 辖区内35岁以上户籍居民高血压发现登记率应达85%，糖尿病发现登记率应达2%以上。
4. 高血压、糖尿病、脑卒中和肿瘤的上报资料准确、完整、及时。

(二)具体措施

- 1、有专人负责社区各项慢病防治工作。
- 2、发现可疑结核病人立即转区结核病防治机构进一步检查，不准开抗痨药。
- 3、对传染性肺结核病人实施全程督导治疗。规范服药率要达98%以上。并及时嘱病人按时做必须的检查和送痰复查，出现副反应及时处理或报告。
- 4、对户籍人口实施20岁以上社区居民首诊测血压，35岁以上居民每年至少测一次血压和血糖，做好居民的周期性体检(一年一次或二年一次)。

5、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记(高血压发现登记率达5%，糖尿病达2%)，规范管理和随访率均达95%以上。每季、半年、年终的评估中等各项工作指标，血压控制达标率、血糖控制达标良好率和个案效果评估，均应达到要求。

6、掌握辖区60岁以上老年人群(常住人口)的基本情况并有花名册，健康档案等资料齐全，开展老人周期性体检工作，有开展工作记录及资料。

7、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

8、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

9、按照各类慢病防治的需要，积极开展相应的慢病防治，健康宣教及健康促进工作。

(一)、任务目标

1. 执行35岁以上社区居民首诊测血压制度;每年至少测一次血压和血糖。

2. 对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范完整的档案资料，建档率和规范管理率达95%以上，有效随访率达85%。

3. 辖区内35岁以上户籍居民高血压发现登记率应达85%，糖尿病发现登记率应达2%以上。

4. 高血压、糖尿病、脑卒中和肿瘤的上报资料准确、完整、及时。

(二)具体措施

1、有专人负责社区各项慢病防治工作。

2、发现可疑结核病人立即转区结核病防治机构进一步检查，不准开抗痨药。

3、对传染性肺结核病人实施全程督导治疗。规范服药率要达98%以上。并及时嘱病人按时做必须的检查和送痰复查，出现副反应及时处理或报告。

4、对户籍人口实施20岁以上社区居民首诊测血压，35岁以上居民每年至少测一次血压和血糖，做好居民的周期性体检(一年一次或二年一次)。

5、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记(高血压发现登记率达5%，糖尿病达2%)，规范管理和随访率均达95%以上。每季、半年、年终的评估中等各项工作指标，血压控制达标率、血糖控制达标良好率和个案效果评估，均应达到要求。

6、掌握辖区60岁以上老年人群(常住人口)的基本情况并有花名册，健康档案等资料齐全，开展老人周期性体检工作，有开展工作记录及资料。

7、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

8、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

9、按照各类慢病防治的需要，积极开展相应的慢病防治，健康宣传教育及健康促进工作。

共2页，当前第2页12

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇四

了解公司年度市场开发计划，主要应了解以下方面的内容：

增加店铺的数量;扩大单店面积的多少;提升单店增长率的计划;折扣促销、赠送礼品□vip客户管理计划;地域倾向计划;价格调整计划;广告及媒体宣传计划;上一年度本季资料等。

二、了解设计师对新一季产品的整体设计规划

服装设计师在入行新一季产品设计时，陈列师淘宝开店能赚钱吗要做的并不是等待，而应该随时了解服装设计师的思路及进展，与此同时，启动新一季终端陈列策划案。

三、了解新一季的面料订货及生产安排表

品牌每一季的面料订货种类通常比较繁多，有时数量会超过百种，此外面料的成分、订货量的多少、到货日期、针对面料的设计方向等都是陈列师必须掌握的信息。仅凭头脑是不可能全部记住这些信息的，也无法完全用色彩、图案等来分辨，陈列师应该按照公司统一的编号与其他部门沟通，提高工作效率，同时避免不必要的麻烦。有了这些信息，该产品系列的上市时间，卖场由哪些面料、服装组成，店铺的大概布局和构思就应运而生。

四、了解新品上市计划，入行色系整合

在进行陈列策划的过程中，有一个很重要的程序，即面对上百种面料进行色系整合。服装设计师在进行服装设计的时候不怎样进行网上开店是已经有色彩搭配方案了吗?没错，服装设计师在设计服装的时候一定会有一套色彩搭配方案，但仅有一套而已。作为陈列师，只有一种搭配方案远远不够，因为服装设计师的搭配方案不一定能够应对所有店铺的实际情况，不一定能被市场认可，这时第一反应就是通过更改陈列促进销售，这便是陈列师所准备的第二方案、第三方案大显身手的时候。

五、了解当季库存成衣数量及清减计划表

成衣库存分为两种，一种是销售较好的畅销库存，一种是销售不好的滞销库存。畅销库存自然不必担心，关键在于滞销库存。如何将这些卖得不好的款式与新一季的货品重新组合，带动滞销库存的销售，这是陈列设计师必须考虑的。陈列师有责任通过自己的二次陈列搭配、组合设计为公司清减成衣库存。比如增加上衣与配饰的组合搭配方案，增加裤装的搭配、配饰的作用等。

六、了解库存面料及清减计划表

当年非常受欢迎的面料，企业可能会进行大量采购，这种做法很可能导致第二年面料有剩余，企业会将剩余的面料继续设计、生产成好卖的款式。陈列师此时要做的是掌握这些剩余面料的数量，通过剩余面料数量的多少判断该款服装的生产情况，制定相应的陈列方案。另外，一些曾经不好卖的剩余面料也需要陈列师关注，企业可能将它们重新设计成新的款式、重新加工染色或作为服装的辅料。总之，陈列师要了解它们的动向，因为总有一天，它们会变成成品，成为本季服装系列中的组成部分，而提前规划它们的陈列方式，将决定这些库存能否与新一季服装系列完美融合。

七、了解新一季配饰开发订货计划表

一是配饰的色彩与本季的服装主推色完全吻合或十分搭调。陈列师提前找到面料的色卡，在开发配饰的时候，把与某一块或某几块面料相匹配的标准色准确地提供给制造商，以免开发出来的配饰无法搭配服装的色彩。

二是要开发专属配饰。chanel一直流传下来的经典配饰之一与服装面料相同质地的山茶花，就是上面所说的专属配饰，这种配如何在阿里巴巴开店饰与服装的搭配完美无缺，并且独一无二。顾客除了选择它以外，再也找不到更加匹配的配饰，这便是服饰搭配的境界。

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇五

以“三个代表”重要思想，以“科学发展观”为统领，以“双高”普九提高为重点，以构建和谐校园为主旋律，以深化课程改革为中心，坚持“以人为本，全面创新的重要思想”为宗旨，全面贯彻执行党和国家的教育方针、政策，落实中心小学的工作部署，本着求真、务实、创新、进取的态度开展教育教学工作。以扎实细致的教学管理为手段，以全面提高教学质量为目标，加强教学研究，强化“校本培训”和“校本教研”，加强远程教育设备的维护和远程教育资源的使用，积极推动我校现代化教育进程，促进学校的可持续发展和办学品位的不断提升，逐步形成办学特色，办出人民满意的学校。

二、目标：

1、加强师资队伍建设，严格接着师资队伍发展规划的要求，加强师资队伍培训力度，扎实有效的开展教研活动，提升全体教师的业务水平和业务能力。进一步完善校本培训和校本教研机制，抓好“三个培训”工作，解决教育教学中的实际问题。

2、加强新课程改革研究力度，以新课程理念为先导，以从教学案例的分析和开展教学反思活动为突破口，创新课堂教学模式，加强对新课程的学习与实践，着有成效的开展校本教研活动。

3、深入落实中心小学“现代教育技术在小学各学科教学中的运用”，加强现代信息技术和远程教育资源与学科间的整合，并在实际的课堂教学中加以应用，严格按多媒体教室使用安排表上课。继续开展好科研立项实验课题的研究工作，做好验收准备工作，积极开发校本课程，做好校本课程“简易读本”的编写工作。

5、抓好六年级毕业班和“课改”年级教学，对待六年级毕业班，学校领导要高度重视，亲抓亲管，加强教学和纪律的检查和督导，认真同教师商讨研究，全面提高教学成绩，将全新的教学理念落实到具体的教育教学工作中。课改年级的课改教师要加强对远程教育资源的浏览，同时能够充分利用远程教育资源进行教学。六年级的各学科教学也要积极转变观念，在旧教材的基础上，积极挖掘远程资源和网上教学资源积极开展学科教学，体现新理念，为课改的全面铺开奠定坚实的基础。

4、打造一支师德高尚、业务精良的师资队伍。培养品行兼优，全面发展加特长的学生群体。

5、加强和改进德育工作，培养良好的校风、教风、学风、班风。以“迎奥运，树新风”为主题，开展丰富多彩的德育活动。抓好主题班队会，树立典型。

6、加强和改进文体卫生工作，组织开展丰富多彩的课外活动，开展好校文艺队、体育队的活动，培养学生广泛的兴趣和爱好。

7、加强实验教学和实验室的管理，使实验课开课率达到100%。各项记录规范齐全。实验室管理科学、合理。保证实验用品充足。

8、加强信息技术教育，维修好设备，保证开课正常，达到规定节数。做好信息技术设备和远程教育设备的维护工作，确保设备的正常使用。

9、加强教学管理，抓好日常的常规检查工作，将工作做实做细，严格落实考核细则和奖罚制度，使教学管理科学化、规范化。

三、工作措施：

(一)、加强教师综合素质培训，全面提高教师的从教能力和水平。

1、加强学校的培训、指导工作，努力提高全体教师的业务能力和从教水平。

遵照中心小学的有关要求，搞好“三个培训”。

(1)课改培训：积极组织教师参加上级部门的各项课改培训活动，成立课改教师档案，并且由参加课改的教师组织对本校非课改教师的再培训工作，定期开展有关课改的教研活动。做到活动经常性、学习专题性、方式多样性。抓好课改年级“课改”教学，充分发挥教学光盘和音像资料的作用，组织教师观看研讨，将全新的教学理念落实到具体的教育教学中。每名教师每学期必须推出一节新理念展示课例。及时做好教学反思，参加教学研讨活动。

(2)信息技术培训：加强教师的信息技术培训和校本教研，强化信息技术在现代教育中的重要作用，提升教育理念，充分发挥信息技术在教学活动中的地位和作用，提高信息技术与课堂教学的整合能力，提高课堂教学效果。每周三放学后为信息技术培训时间。本学期要在前几期培训的基础上进行综合应用，同时要让教师初步掌握，媒体播放软件[]flash[]音像、视频剪辑软件的应用，积极参加中心小学开展的远程教育活动。

(3)远程教育和网络资源整合应用培训：充分利用远程教育资源和网络资源对教师进行培训，接收、浏览、下载远程教育资源，积极挖掘远程教育资源和网上教学资源积极开展学科教学，体现新理念，为课改的全面铺开奠定坚实的基础。坚持自主学习与集中培训相结合。理论培训与实践提高相结合。教师要记好学习笔记。

2、强化自身修养，规范教学行为，树立良好形象。

加强师德师风建设，组织教师学习教师职业道德规范、“十不准”，开展好“内强素质，外树形象”大讨论活动，引导全体教师争做“名教师、骨干教师、学科带头人，要求教师从教行为规范，治学严谨。要做学生的榜样和楷模。

3、加强校本研讨，深化课堂改革。

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇六

一、工作目标

1、建立慢病基础信息系统。利用计算机管理，对我院慢病示范区对应服务人群的高血压、糖尿病的病人及新发病人首诊病例进行登记建档工作，制定慢病管理制度，由领导分管此项工作，责任落实到个人。

2、利用居民健康档案、组织居民进行健康体检等多种方式，1

早期发现高血压、糖尿病患者，提高高血压、糖尿病的早诊率和早治率。

3、加强村级高血压、糖尿病患者的随访管理，提高高血压、糖尿病的规范管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病的并发症发生。

4、以我院为基础，从群体防治出发，个人防治入手，建立慢病随访管理模式。

5、加强健康教育和健康促进，定期开展高血压、糖尿病专题知识讲座及大众宣传，普及基层居民高血压、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。

6、建立规范化的高血压、糖尿病档案管理系统。

二、建档目标

1、建立基层居民健康档案，服务人民。

2、建立慢病患者的健康档案，应有随访记录、治疗记录及健康教育记录。

三、实施计划

建立慢病各种制度；对一般人群、慢病患者开展预防控制工作，建立健全慢病管理综合防治机制。

1、对各村各组进行健康档案建立及体检。

2、高血压及糖尿病的检出：利用建立居民健康档案、健康

体检、本院门诊35岁以上首诊血压测量制度及化验室血糖检测记录等多种方式发现高血压、糖尿病患者。

3、高血压、糖尿病患者的登记：将检出的高血压、糖尿病患者进行登记建档并规范化管理。

4、高血压、糖尿病患者的随访管理和转诊：对检出高血压、糖尿病患者收集详细的病史，帮助患者制定自我管理计划，对高血压患者进行自我管理的技术支持。

5、高血压、糖尿病高危人群的健康指导和干预：对检出高血压、糖尿病高危人群的界定标准、筛查出高血压、糖尿病高危人群采取群体或个体健康指导相结合的方法，开展健康教育以改变不良的生活方式，通过健康教育提高高危人群对高血压、糖尿病相关知识及危险因素的了解，给以健康方式的指导，定期测血压、血糖。

6、一般人群的健康促进：根据基层人群的健康需求，在基层广泛开展高血压、糖尿病防治知识宣传，提倡健康的生活方式，鼓励基层人群改变不良的生活方式，减少危险因素，预防和减少高血压、糖尿病的发生。

（1）在我院及村卫生室建立慢病防治知识宣传刊栏，每个季度更换一次内容。

（2）在我院慢病示范区域内每季度举办一次慢病知识讲座，健康生活方式讲座及义诊等活动。

（3）院内开展免费测量血压。

四、培训及评估

按照《高血压防治基层实用规范》、《中国高血压、糖尿病防治指南》全院职工进行培训。以提高对高血压、糖尿病的管理质量。

评估时按照慢病建档动态管理情况、随访管理开展情况、双向转诊执行情况、35岁首诊血压开展情况、就诊者的满意度等，慢病知识知晓率、相关危险行为的改变率及慢性病的药物规范治疗情况，综合评估。

瓦店卫生院

二〇一四年一月六日

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇七

目前公司管理方面的缺陷主要是缺乏一套完整可行的企业管理制度，2016年企管部要组织、协助公司级制度的起草、修订、执行，督查各部门完成部门规章的制订。做好公司规章

制度的起草、组织审核、颁发工作，协调新旧体制之间的矛盾，协助部门做好制度的宣传、执行、督查工作。拟定部门规章制订的程序，指导督促部门做好业务流程、业务规范的制订、执行。于2016年6月前完成《企业管理手册》的制订。

制定《员工手册》，将企业理念、企业精神、企业发展简史、企业宗旨、企业奋斗目标等内容增加进《员工手册》，并在第一季度内完成此项工作。

加强对优秀员工、好人好事的宣传力度，弘扬正气。对所有新进员工，在正式上岗前，不仅做好人事培训和工作培训，还要做好企业文化的培训。

企管工作作为未来企业发展的动力源，自身的正规化建设十分重要，因此，本站企管部在2016年将大力加强本部门的内部管理和规范。企管部2016年度自身建设目标为：完善部门组织职能；完成部门人员配备；提高部门工作质量要求；圆满完成本部门年度目标和公司交给的各项任务。

4.1逐步完善产值产量、投入产出、收率、能源消耗、产品质量的考核，对车间的生产过程控制提出新要求，提倡节约，杜绝浪费。在这方面企管部要下到车间了解车间生产实际情况，进行实地调研，希望各车间能理解并能主动配合，做好一些基础数据的收集、记录。

4.2依据公司生产经营计划和工作目标，对各部门的工作目标、计划执行情况进行考核。对各部门日常工作及每次会议安排的工作执行情况进行考核。

4.3对所有考核内容制订书面的考核方案和考核细则。

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇八

以《幼儿园工作规程》、《幼儿园管理工作条例》为准绳，以《幼儿园教育指导纲要》(试行)精神为指南，以提高保教质量为中心，以教研教改为动力，科学合理组织幼儿的一日活动，培养幼儿的创新精神和实践能力，争创一流服务。

二、本学期工作目标

- 1、加强教师专业培训，帮助教师快速成长。
- 2、抓实教学活动研讨，以点带面促进全园整体教学水平的提高。
- 3、加大家长工作的宣传力度，结合《指南》精神，推动家园一致的和谐教育。
- 4、加强幼儿区域游戏和户外活动的监督，保证幼儿游戏时间，充分满足幼儿游戏愿望。
- 5、重视安全、保健，为幼儿全面打造安全健康的教育环境。
- 6、组织教师参观学习，让教师走出去多参观多学习。
- 7、开展教研活动，加强同行间的交流，开拓教师的视野，进一步推动我园教育教学工作的发展。

三、工作措施

(一)规范常规教学，优化课程体系

- 1、加强日常教育教学活动的监督和管理，在一日活动正常化的基础上，督促教师备好课、上好课、积极开展随堂听课、评课活动，要求教师每周互听互评课不得少于一节；每月上交质量较高的教学笔记、教案。

2、深入开展区角、体育、户外等游戏活动，积极创设适合幼儿年特点的游戏活动内容，把游戏化教学渗透到各项教育活动。积极开展幼儿体育锻炼活动，加强游戏活动的指导，通过游戏活动的开展，让幼儿在满足快乐的同时，增长知识和经验，获得各种能力的发展。

3、制定日常工作量化考核表，月工作量化表，使班级工作规范化，幼儿一日教育教学活动优质化，同时也促使教师更加专业化。

慢病管理工作计划 慢病防治工作计划优选篇九

1. 执行35岁以上社区居民首诊测血压制度；每年至少测四次血压和血糖。

2. 对新发现的高血压、糖尿病病人必须建立规范完整的档案资料，建档率和规范管理率达90%以上，有效随访率达85%。

3. 辖区内35岁以上户籍居民高血压发现登记率应达100%，糖尿病发现登记率应达100%以上。

4. 高血压、糖尿病的上报资料准确、完整、及时。

1、设专人负责社区各项慢病防治工作。

2、首诊测血压，35岁以上居民每年至少测四次血压和血糖，做好居民的周期性体检（一年一次）。

3、掌握辖区居民高血压、糖尿病人数，有规范完整的病历档案和名册登记（高血压发现登记率达100%，糖尿病达100%），规范管理和随访率均达95%以上，每年随访四次。

4、掌握辖区65岁以上老年人群（常住人口）的基本情况，健康档案等资料齐全，开展老人周期性健康教育工作，有开展

工作记录及资料。

5、按要求对重点人群督导访视，并有记录。

6、按照慢性病防治要求，及时、准确、完整、规范地将慢性病防治工作相关原始资料统计成报表，按时上报。

7、按照各类慢性病防治的需要，积极开展相应的慢性病防治，健康宣传教育及健康促进工作。