附件10

回顾性中医医术实践（病案）资料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 患者性别 |  |
| 患者年龄 |  | 患者电话 |  |
| 患者住址 |  | | |
| 主诉： | | | |
| 病史： | | | |
| 辩证分析（病因、病机、证型）： | | | |
| 诊断： | | | |
| 治法和处方： | | | |
| 病例分析及效果总结： | | | |

提示：

1.此表由申请人自行填写，填写信息应真实、有效，患者联系电话应保持畅通、可供追溯，以便卫生健康行政管理部门核查。

2.主诉、病史、辨证分析、治法和处方应根据患者就诊情况进行描述。