附件2

医疗机构健康教育电子处方

应用情况汇总表

（统计时间： 月 日- 月 日）

单位： 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病种** | **门诊诊断****患者数量** | **住院诊断****患者数量** | **发放健康教育****处方份数** |
| **健康教育电子处方** | **纸质健康教育处方** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表说明：请各单位自12月1日起每月月底前将汇总表报送至省健康宣传教育中心。