|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 门诊数据需求申请单 | | | |
| 申请科室 |  | 申请人 |  |
| 申请时间 |  | 科主任或门诊协调员签字 |  |
| 数据发送  方式 | □ U盘 □ OA  □ 微信： □ 邮箱： | | |
| 数据时段 | 年 月 日 至 年 月 日 | | |
| 申请项目 | * 门诊量（□普通门诊 / □专家门诊 / □特需门诊）   □ 专家出诊情况 □ 专家门诊单元接诊量  □ 预约率 □ 复诊预约率  □ 按时到岗率 □ 投诉及缺陷  □ 门诊病历书写合格率 □科主任周末出诊次数  □ 其他（请联系门诊部确认是否可采集调取）： | | |