**调 查 问 卷**

**请在相应的选项前“□”内打“√”（可复制“**🗹**”符号替换“**□**”）**

**一、单位基本情况**

医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

医院等级：□三甲 □三级 □二甲 □二级 □其他

医院类型：□综合医院 □专科医院 □中医医院 □其他

贵院总床位数：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_张

2015年：门诊量\_\_\_\_\_\_\_人次，出院人数\_\_\_\_\_\_\_人次，手术量\_\_\_\_\_\_\_例。

问卷填写人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，手机\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

**二、远程医疗情况**

1. 贵院是否设置远程医疗管理机构：□是 □否

2. 贵院是否有远程医疗设备及系统：□是 □否

若有请勾选出已经开展的远程医疗业务：

□远程会诊 □远程门诊 □光学影像远程诊断（DR/CT/MRI/照相等）  
□电生理远程诊断（心电图/脑电图/ERG等） □病理远程诊断  
□内镜远程诊断

3. 贵院信息负责人姓名 ，联系电话 ，电子邮箱 ；医务负责人姓名 ，联系电话 ，电子邮箱 。

**三、肿瘤专业基本情况**

* + 1. 贵院是否具有独立建制的肿瘤科：□是 □否
    2. 贵院肿瘤科编制的普通病房床位总数： 张
    3. 2015年，肿瘤科门诊\_\_\_\_\_\_\_人次，出院人数\_\_\_\_\_\_\_人次，肿瘤科普通病房平均住院日\_\_\_\_\_\_\_天。
    4. 2015年，肿瘤科出院患者中，排前6位的疾病病种

（1）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（2）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（3）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（4）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（5）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（6）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 1. 2015年，肿瘤科门诊患者中，排前6位的疾病病种

（1）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（2）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（3）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（4）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（5）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（6）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**四、肿瘤专科人才队伍**

1. 肿瘤科人员构成：医生\_\_\_\_人，护士\_\_\_\_人，技师\_\_\_\_人，总人数\_\_\_\_人。
2. 是否有专职的临床研究人员：□是 □否
3. 医师职称结构：正高\_\_\_\_\_人，副高\_\_\_\_\_人，中级\_\_\_\_人，初级/其他\_\_\_\_人。
4. 医师学历结构：博士\_\_\_\_\_人，硕士\_\_\_\_\_人，本科\_\_\_\_\_人。
5. 研究生导师：博导\_\_\_\_\_人，硕导\_\_\_\_\_人。

**五、肿瘤专科临床能力与水平**

1. 请勾选出肿瘤科开设的专业组

□化疗 □放疗 □中医中药

2. 请勾选出肿瘤科开设的专病种类

□肺癌 □食管、胃癌 □乳腺癌 □大肠癌 □妇瘤  
□神经内分泌癌 □骨与软组织肉瘤 □血液系统恶性肿瘤  
□其他恶性肿瘤

**六、以下哪些医联体合作业务是贵单位最希望开展的（请按先后顺序填写序号，下列没有提到的可直接列出）**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

①专科培训班 ②进修 ③远程会诊 ④远程门诊 ⑤远程教学查房 ⑥远程病例讨论 ⑦转诊 ⑧临床研究 ⑨学术交流会 ⑩远程培训班

**七、请贵单位对肿瘤医联体即将开展的交流合作提出宝贵的意见。**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_