

最新家庭医生签约服务工作总结(通用8篇)

统计是一门复杂而精密的学科，需要借助数学、计算机等工具来进行数据处理和分析，以取得更准确和可靠的结果。以下是一些经典的年终总结示范，希望能给大家提供一些写作的参考和灵感。

家庭医生签约服务工作总结篇一

为进一步推进社区卫生服务能力建设，深入贯彻落实《社区卫生服务中心家庭医生式健康管理签约服务工作方案》，我中心责任医师团队开展了一系列的宣传和签约工作，现将本团队家庭医生签约式服务工作总结如下：

及时组织团队成员学习工作方案精神，紧密围绕家庭医生式服务工作的基本原则、服务内容、服务对象、工作持续性等内容进行了充分研讨，统一了思想，提高了认识。为家庭医生式服务工作的稳步推进奠定了组织基础。

为保障家庭医生式服务工作的深入人心，我中心统一印制了以宣传家庭医生服务理念和服务内容、服务形式为主题的“致社区居民一封信”，并分发给本辖区各居委会，同时，印制家庭医生联系卡、家庭医生式服务协议书等，制作了宣传横幅、宣传栏。有效营造了家喻户晓的宣传氛围，为家庭医生式服务工作的顺利推进奠定了舆论基础。

在签约服务的居民中，调查了居民希望得到的医疗卫生服务。包括健康教育与健康促进、慢性病管理、孕产妇保健管理、残疾人康复、婴幼儿保健及其它服务（出诊、送药上门、家庭护理等）。服务人群底数的清晰和需求人员数量的掌握，为家庭医生式服务的扎实推进奠定了信息基础。

进一步明确辖区人口分布，保证所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。我团队组成由“全科医生、社区护士、防保人员”为核心的“片儿医”团队，提供家庭医生式服务。明确所管辖的社区分布，并在社区设立“片儿医”公示牌，公示团队服务人员、服务范围、服务时间、服务内容、联系方式等信息。对愿意接受家庭医生式服务的居民，按照健康状况和健康需求情况划分为四类：第一类为健康普通人群，第二类为需关注的人群，第三类为慢性病人，第四类为高危或合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人。根据居民所处的类别，明确服务内容及标准，提供针对性的签约服务并保证服务的质量和可持续性。

优先与辖区内的慢性病人、空巢老人、残疾人、妇幼保健对象等愿意接受家庭医生式服务的重点人群签订家庭医生式服务协议，并根据协议书内容提供建立健康档案、电话咨询、入户访视、健康教育等针对性服务。目前，已签约的社区居民家庭50户，签约人数59人。

家庭医生式服务模式实现了现有医务人员对社区居民健康管理的全覆盖，从坐等患者上门变为深入社区为居民提供服务，社区健康管理能力得到切实加强。提高了社区居民对医疗健康服务和健康知识的知晓率，健康教育、预防保健、康复、计划生育等服务得到落实，居民健康意识不断增强。在一定程度上缓解了困难群体“看病难、看病贵”的问题，推进了基本公共卫生服务事业的发展。

家庭医生签约服务工作总结篇二

为充分发挥家庭医生作为居民健康“守门人”的作用，结合基本公共卫生服务项目工作实际，全面推行家庭医生签约服务。现将我们的工作总结如下。

(一)高度重视，积极部署

根据区局的工作部署，结合我辖区情况，制定了《濠溪中心卫生院家庭医生签约式服务工作实施方案》，成立了以院长为组长的工作领导小组，成员由院班子、公共卫生科、乡村医生管理科、其他相关职能科室人员组成。截至今年12月1日，共召开专题会议2场；推进会1场；组建团队8个，团队成员63人；培训会2次，培训151人次。

(二)广泛宣传，深入动员

为保证服务工作顺利有序进行，自9月下旬开始，我院通过四个途径进行宣传：

1. 利用我院的led电子显示屏、健康教育宣传栏、医保宣传栏对就诊居民进行宣传。
2. 公卫科、乡村医生管理科通过发放“致广大居民的一封信”的宣传单进行宣传。
3. 通过街道办，积极与各村支书协调，请他们用各种途径代为宣传家庭医生签约式服务工作的相关内容。
4. 家庭医生服务团队通过入户的形式进行宣传。

(三)明确原则，分级管理

1. 分片服务、明确责任根据濠溪街道办人口分布及村卫生所分布特点，以辖区28个村卫生室3个居委会为载体，将每个行政区域“网格化”划归相应的村卫生室，保证濠溪街道所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。医院和村卫生室组成了由“一位医生、一位护士、一位公卫人员、及乡村医生”为核心的“家庭医生式签约服务团队”，提供家庭医生式服务。明确所管辖的村居分布，并在各村部设立“家庭医生式签约服务团队”公示牌，公示团队服务人员、服务范围、服务时间、服务内容、联系方式等信息。

2. 分级服务、明确目标

各服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和家庭医生式服务的接受程度将居民分为三个级别，第一级是暂时不愿接受家庭医生式服务的居民；第二级有需求时才愿接受家庭医生式服务的居民；第三级是愿意接受家庭医生式服务的居民。根据居民所处的级别不同提供不同的健康管理服务。

第一级以观察为主，加强宣传，定时不定时进行一次电话随访，了解其服务需求变化。

第二级以宣传为主，进行健康管理服务宣传并发放家庭医生联系卡，以便其有需求时可随时与团队成员联系。

第三级以主动服务为主，根据健康状况和健康需求情况进行分类，并对不同类别特殊人群提供有针对性的家庭医生式签约服务。

3. 分类服务、明确标准

对愿意接受家庭医生式服务的第三级居民，按照健康状况和健康需求情况划分为三类：第一类为健康普通人群，第二类为需关注的人群，第三类为慢性病人群，第四类为高危或合并严重并发症病人、重性精神病、残疾人、优扶对象、空巢老人等特殊人群。根据居民所处的类别，明确服务内容及标准，提供针对性的签约服务并保证服务的质量和可持续性。

为进一步规范实施基本公共卫生服务项目，推动基本公共卫生服务任务的落实，按照卫生局的要求，确定辖区内推行乡村医生签约服务工作，为确保工作扎实有效，特制定***卫生院乡村医生签约服务工作实施方案。

不少于*次的健康咨询和分类指导服务，及时发现存在的健康危险因素，危害健康行为等健康问题。在双方充分了解乡医

签约服务内涵的前提下，农民自愿选择医生，以户为单位签订相关服务协议享受签约服务，原则上每位乡医控制在*户左右，服务人口不超过*人，在签约工作中全体医务人员加强责任心，并实行周报制度。乡医报酬以工作量与工作质量紧密结合起来，确保工作扎实有效的开展，对乡医签约工作中开展不规范、工作措施不力的卫生室将通报批评，对工作开展较好、成绩显著、百姓满意度和知晓率较高的卫生室将给与表彰奖励。

家庭医生签约服务工作总结篇三

华新镇社区卫生服务中心 单铃娟

家庭医生或全科医生是我国医疗环境下比较薄弱的环节，却承担着防病未然或遇病时发挥导医决策和出院后家庭防护重责的一个角色。不论家家户户有没有家庭医生，事实上家庭医生承担的责任却是哪家哪户也不能躲脱的。

作为一名医务人员，我自然也就是自己大家庭和亲朋好友的家庭医生了，通过1个多月的学习，以及相关的讨论交流，对于如何做好家庭医生或做好医疗决策及平时防护也有了很多人新的认知和思考。以我个人为例，没接触网络医疗资源之前，我对待家人或亲朋超出自己专业范围的医疗决策的方式是：

（1）根据常识，将病人介绍给自己熟识的专科医生，获得初步诊断信息；

（4）协助同事和亲朋就医疗问题沟通搭起桥梁作用（因为同事一般都很忙）

（5）在出院后，叮嘱注意和医生保持联络，定期随访。

从上面的处理环节，可以看出一下几个特点（1）找医生是以熟悉或不熟悉为前提条件（2）是否细致的了解专业背景信

息和到处求证是根据亲朋关系的亲疏和自己的时间来决定，

(3) 专业背景信息主要是通过自己花时间通过互联网来学习和消化。

从实际效果来看，每1例家庭成员的看病过程都相当艰辛，但是预期结果均还比较好，可以说是自己在主导医疗大方向和很多小细节的决策。但是从非家庭成员看，结果有好有坏，最失败的是几位长辈栽在高血压的并发症上，教训惨重，还有好几起可以预见的手术失败的教训，想起来有时也后悔为什么没有坚持自己的主张，而是碍于很多原因（毕竟非至亲，很多时候也不好太独断，毕竟要考虑其家人的态度和病人的态度）。

我逐渐理顺了思路，也回顾了既往的教训和成功经验。现总结如下：

(3) 家庭医生的职责应该具有前瞻性，不是等真正出现大问题了，才出手救急。而是要对自己的家人和亲朋在平时主动关心，强调健康体检的必要性和建立档案管理，从这些成员的现存隐患或前瞻性隐患（职业隐患、家族疾病背景隐患）等角度加强平时的健康教育和指导，开展个体化的定期体检（不拘泥于单位的体检项目）。

(4) 对于就近的医疗资源（同行），平日里就要留心观察，尤其是利用业务交流的考察或病案室的具体客观信息，寻找各个专业的同事在某些常见疾病上处理最棒的人选，而不仅仅是根据关系的亲疏来做选择。

(5) 需要熟悉医疗政策，尤其是现在医疗付费规则非常复杂，平日不做积累，关键时容易忽略重要细节，给自己带来不必要的麻烦。

都是浮云。

做好家庭医生就是我的本职，归根到底，拿出对自己家人的爱心，作为运用自己专业知识的指南针，就是好好爱自己的一种形式或本能的需求。有爱的日子，生活才有意思，才不会浑浑噩噩的虚度自己的最宝贵财富——时间，才会获得寻求知识的冲动和灵感，让自己的生命充满灵动，也就自卫了自己的健康，赢得宝贵的时间去走自己力所能及到达的最远的距离。富人先富心，相信我在追求幸福生活的道路上会脚踏实地，从蹒跚到健步会是一个必然过程，认知到个人的生命本无意义算是一个生命不惑阶段的标志。做好“家庭医生”显然最适合我，做自己乐意做的事情就会收获很多意外的美妙。

家庭医生签约服务工作总结篇四

20xx年5月19日是第8个“世界家庭医生日”。为进一步加强家庭工作的宣传，营造良好社会氛围，合理引导居民预期，提高居民签约的积极性，按照灵石县卫生和计划生育局《关于开展20xx年家庭主题宣传月活动的通知》（灵卫发〔20xx〕73号）文件要求，5月24日上午，灵石县xx镇卫生院在xx镇广场开展“家庭”为主题的宣传活动。

我院领导对此次宣传高度重视，亲自带队，共12位专业人员参加了此次活动。

活动现场，悬挂主题横幅——“家庭医生：我承诺 我服务”，设置了咨询台，家庭医生们热情地为前来咨询的群众讲解相关知识，并免费为群众测量血压、血糖。

向居民群众介绍了活动开展的目的和意义，并发放宣传资料，让更多居民认识签约服务，了解签约服务，愿意与家庭医生签约。

家庭医生签约式服务以全科医师为主，为居民们提供个性化的医疗保健服务。他们会定期更新居民的健康档案，并提出

健康维护建议。行动不便的老年人、残疾人可以享受到家庭医生的上门服务，每隔一段时间家庭医生都会对居民的健康状况进行跟踪随访，以方便居民们享受到便捷的医疗服务，从而提高居民群众的健康水平和生活质量。

家庭医生团队利用宣传契机，以讲座的形式在xx村卫生室院内为居民讲解有关家庭医生的知识，院长张锡保亲自为居民讲座，并耐心细致的为居民指导正确生活方式。家庭医生团队手把手教给居民怎样正确测量血压、监测体质指数的方法，通过交流互动、展开咨询。对于家庭医生团队管辖的区域里行动不便的残疾人和老年人，院领导亲自带队上门服务，签约、测血压、测血糖、健康指导等。

此次活动，我们悬挂条幅一条，制作展板2个，开展咨询一次，开展讲座一次，接受咨询30余人次，入户随访20人次，现场签约20人，发放家庭宣传单1000张，公共卫生服务手册手册200本，宣传袋200个，宣传围裙100个，宣传毛巾100条等。

通过此次活动，进一步拉近了居民群众和家庭医生的距离，提高了社区居民对家庭工作的认识，推动了家庭工作的健康发展。

xx镇卫生院把此项工作作为一项重要工作来抓，让惠民政策真正进入千家万户，让行动不便的人群实实在在感受到便利的医疗服务带来的贴心和关怀。通过“家庭”宣传活动的开展，让更多的群众对“家庭”有了更加深入的认识和了解，更好地调动了群众配合做好家庭工作的积极性，对实现人人享有基本医疗卫生服务的目标起到了良好的推动作用。

家庭医生签约服务工作总结篇五

我院认真积极执行省市区相关文件精神，结合我院实际情况，按要求开展家庭医生签约履约服务，工作开展如下：

截止目前，已签约11105人，总体签约率为22%；重点人群共13482人，签约数为8280人，签约率为61.4%，履约4300人，约51%；贫困人口共2447人，签约2302人，签约率为90.7%，履约800人，履约率34%。

1. 积极组织相关科室工作人员进行家庭医生服务相关文件的学习，让大家明白到签约服务的重要性，同时做好与医疗组、公卫组的各方面协调，以不更好开展家庭医生服务工作。

2. 利用健康教育宣传栏、横幅、健康教育讲座、家庭医生宣传日、义诊或征兵工作对群众进行家庭医生宣传，发放签约服务宣传彩页。

3. 优先与辖区内愿意接受家庭医生签约服务的重点人群签订家庭医生服务协议书，同时政策文件的支持下加快与扶贫人群和残疾人群的有偿签约服务。

4. 调整服务方式，以主动服务为主，做好人群分类，提供不同类别的家庭医生签约服务。如上门家庭随访服务，定时或不定时电话随访为主，了解其服务需求变化。在签约的同时为居民留下团队服务名片，以便居民需要时与团队成员联系。

1. 上门服务存在现实困难。乡镇卫生院是财政差额拨款单位，现有专业技术人员紧缺，医生团队要抓临床医疗业务，保障职工收入和医院生存发展，还要完成家庭医生服务工作，另服务居民数量逐年增加，现签约服务全部由公卫人员入户签约，与群众要求、工作要求造成一定的冲突，出现保量而不能保质。

2. 部门单位和群众参与度欠缺，未能联动，导致家庭医生服务流于形式，例如转诊服务、优先预约专家门诊或住院等。

4. 部分居民出外工作或在外居住，造成签约或履约困难。

- 1、多创新活动多创新形式宣传家医服务，引导群众积极参与提高签约及履约。
- 2、加强本院家庭医生签约服务团队培训的力度，重点对服务理念、服务能力、服务技巧及专业操作等方面进行培训，提高家庭医生签约服务团队的综合服务能力。
- 3、计划以一个村委或人群为试点，健全各方面服务制度，提高服务质量，以点带面，稳步推进，逐步做到全面覆盖。
- 4、完善家医绩效考核制度，提高家医报务人员绩效。
- 6、争取上级家庭医生签约资金，以更好开展家庭医生签约服务，推动家医服务工作做实做全。

家庭医生签约服务工作总结篇六

为充分发挥家庭医生作为居民健康“守门人”的作用，根据营口市卫生局《关于开展“世界家庭医生日”宣传活动的通知》的通知（营卫传[20xx]61号）文件精神，以及区卫生与计划生育局公共卫生科的指示，我中心结合基本公共卫生服务项目工作实际，全面推行家庭医生签约服务。现将我们的工作总结如下：

（一）高度重视，积极部署

根据区卫计局公共卫生科的工作部署，结合我辖区的实际情况，成立了以xx主任为组长的工作领导小组，成员由xx副主任，等医生，等护士以及相关工作人员组成，同时成立4个家庭医生签约服务团队。实现了签约服务团队对辖区居委会全面覆盖，组织召开专题会议，研究部署推进家庭医生签约服务宣传活动方案。

（二）广泛宣传，深入动员

为保证服务工作顺利有序进行，我中心通过以下途径进行宣传：

1、利用我中心的dvd播放机播放家庭医生签约服务的影像资料，利用健康教育宣传栏就诊的老年人及辖区居民进行宣传。

2□20xx年5月19日当天下午，我中心组织相关工作人员通过制作条幅、免费义诊等咨询活动，深入社区居民，大力宣传家庭医生签约制度，并在活动现场与广大居民进行签约，与辖区居民建立健康和谐稳固的医疗卫生合作关系。

3□20xx年5月27日上午9：00，我中心组织相关工作人员，在医院一楼门诊大厅，进行宣传活动，提高居民对实行家庭医生式服务管理的知晓率，进一步扩大卫生服务团队的影响力。

（三）明确原则，分级管理

对于辖区的居民，按照健康状况和健康需求情况划分为两类：第一类为健康普通人群，第二类为重点关注的人群，包括老年人、高血压患者、糖尿病患者、孕产妇、儿童、结核病患者、重性精神疾病患者、残疾人群以及贫困等特殊人群。根据居民所处的类别，明确服务内容及标准，提供针对性的签约服务并保证服务的质量和可持续性。

1、健康普通人群，以促进健康为目标。

（1）提供健康评估及规划。根据健康档案信息，每年对居民健康状况进行一次年度评估，并根据评估结果，制定下一年度居民健康规划和目标。

（2）提供健康“点对点”管理服务。及时对签约居民发放健康材料；及时告知健康教育和健康促进等活动信息；及时告知季节性、突发性公共卫生事件信息。

(3) 每半年召开签约居民代表座谈会一次，寻找健康危险因素并制定干预计划。

(4) 提供24小时电话健康咨询服务。

2、重点需关注的人群

孕产妇、婴幼儿、亚健康人群等，以预防疾病促进健康为目标。

(1) 对签约的孕妇提供孕期指导服务。

(2) 对签约的产妇和新生儿进行4次上门访视并体检。

3、实施稳定血压、控制体重等健康工程，定期开展健康教育及健康干预。

对于慢性病人群，如高血压、糖尿病等患者，以提高慢性病控制率为目标。

(1) 建立、完善家庭及个人健康档案，并在服务中及时更新。

(2) 提供转诊预约服务。

(3) 对签约居民给予1次/季度的饮食指导、运动指导、用药指导和疾病康复咨询。

(4) 运用健康讲座进行健康干预。

(5) 提供心理咨询、心理辅导和中医心理健康服务。

(6) 有针对性地开展中医养生、保健指导服务。

重症精神病、残疾人、优扶对象等特殊人群，以减轻痛苦、便捷医疗为目标。在慢性病人群服务基础上开展以下服务内

容：

1、健康档案实行个案管理。

2、对确有需求的进行定期上门访视，提供免费物理检查，开展健康管理服务。

3、提供专家预约咨询服务。

4、开展康复训练指导，提高残疾人生活质量，使其早日回归社会。

1、提高了基本公共卫生的知晓率。在签约的同时并再一次告知家庭医生签约服务内容和基本公共卫生内容及基本药物内容，使居民提高了认识，了解了新形式。

2、医患关系更加和谐，树立了卫生形象。通过再一次的宣传和集中与入户相结合的签约方式，加深了医患之间的联系和沟通，增强了签约居民的归属感，和群众拉近了，医患关系更加和谐。

3、增强了家庭医生服务团队的积极性和责任意识。通过家庭医生签约服务的这种服务模式和服务理念，使家庭医生服务团队了解到签约不是一种形式，更是一种责任，他们的积极性和责任意识不断提高。

4、促进了基层卫生服务网络建设。通过签约服务，家庭医生责任感增强，服务理念增强，服务意识增强，团队意识增强，居民对他们也更加信任了。

5、得到居民的认可。通过集中与入户相结合的签约方式，使他们了解到了国家的惠民政策，获得了居民的一致好评。

1、宣传力度还不够，个别居民会出现拒绝服务的现象。

2、部分社区居民认为我们服务团队业务水平有限，导致社区居民对家庭医生服务能力有所顾虑。

3、由于我们的团队人员数量限制，加之辖区人口数目众多，很难完全满足辖区人口的卫生服务需求。

根据区卫生与计划生育局的部署，我中心将及时总结开展家庭医生式签约服务试点的做法和初步成效，特别是辖区居民对家庭医生式服务的满意度。同时，按照确定目标人群、签订服务协议等工作流程，逐步向全辖区居民推广家庭医生式服务。不断深化家庭医生式服务内涵，及时调整签约服务内容，将医疗、护理、健康教育、用药指导、康复训练、心理咨询等项目逐步纳入家庭医生式服务范围，有效满足居民健康需求。

家庭医生签约服务工作总结篇七

为充分发挥家庭医生作为居民健康“守门人”的作用，结合基本公共卫生服务项目工作实际，全面推行家庭医生签约服务。现将我们的工作总结如下。

根据区局的工作部署，结合我辖区情况，制定了《濠溪中心医院家庭医生签约式服务工作实施方案》，成立了以院长为组长的工作领导小组，成员由院班子、公共卫生科、乡村医生管理科、其他相关职能科室人员组成。截至今年12月1日，共召开专题会议2场；推进会1场；组建团队8个，团队成员63人；培训会2次，培训151人次。

为保证服务工作顺利有序进行，自9月下旬开始，我院通过四个途经进行宣传：

1. 利用我院的led电子显示屏、健康教育宣传栏、医保宣传栏对就诊居民进行宣传。

2. 公卫科、乡村医生管理科通过发放“致广大居民的一封信”的宣传单进行宣传卫生服务中心家庭医生签约服务工作总结卫生服务中心家庭医生签约服务工作总结。

3. 通过街道办，积极与各村支书协调，请他们用各种途径代为宣传家庭医生签约式服务工作的相关内容。

4. 家庭医生服务团队通过入户的形式进行宣传。

根据濠溪街道办人口分布及村卫生所分布特点，以辖区28个村卫生室3个居委会为载体，将每个行政区域“网格化”划归相应的村卫生室，保证濠溪街道所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。医院和村卫生室组成了由“一位医生、一位护士、一位公卫人员、及乡村医生”为核心的“家庭医生式签约服务团队”，提供家庭医生式服务。明确所管辖的村居分布，并在各村部设立“家庭医生式签约服务团队”公示牌，公示团队服务人员、服务范围、服务时间、服务内容、联系方式等。

各服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和家庭医生式服务的接受程度将居民分为三个级别，第一级是暂时不愿接受家庭医生式服务的居民；第二级有需求时才愿接受家庭医生式服务的居民；第三级是愿意接受家庭医生式服务的居民。根据居民所处的. 级别不同提供不同的健康管理服务。

第一级以观察为主，加强宣传，定时不定时进行一次电话随访，了解其服务需求变化。

第二级以宣传为主，进行健康管理服务宣传并发放家庭医生联系卡，以便其有需求时可随时与团队成员联系。

第三级以主动服务为主，根据健康状况和健康需求情况进行分类，并对不同类别特殊人群提供有针对性的家庭医生式签约服务。

家庭医生签约服务工作总结篇八

20xx年8月中心针对月初制定家庭医生签约服务工作计划进行实施，现总结如下：

1. 开展慢病业务系统更新培训。根据8月3日疾控中心培训内容，中心对参与基本公共卫生服务项目工作人员开展了慢病业务系统更新培训，本次培训由公卫科科长具体讲解，帮助大家尽快适应新系统的应用，熟悉操作流程，利于下一步工作开展。
2. 开展慢病长处方宣传、告知，各家庭医生服务团队根据自身特点，利用各种方法开展宣传。开展家庭医生签约服务内容知晓率交叉调查。
3. 完成二季度考核存在问题“回头看”督查，针对二季度比较突出的糖尿病患者足背动脉搏动不知晓情况，8月24日中心考核小组再次进行电话核查，本次核查？人，知晓？人。
4. 召开家庭医生签约团队成员会议，部署20xx年家庭医生签约工作□20xx年的家庭医生签约工作即将启动，中心主任在8月15日团队长会议上具体部署了新一年签约服务的要求，要求提前筛选重点人群签约对象，巩固签约率，重抓续签率，为20xx年签约服务打好基础。
5. 继续做好做实家庭医生签约服务工作
 - （1）完成家庭病床服务，目前针对区卫计局半年度家庭病服务质量质控检查情况反馈，已陆续进行整改，目前正在提供家庭病床服务的有2张，服务团队根据服务对象提供的需求提供相应服务。
 - （2）完成慢性病随访工作，各服务团队继续定期到居家养老服务中心提供集中随访，对个别行动不方便者提供上门随访。

(3) 完善签约服务对象的个人档案，截止8月25日类计完善个人健康档案2997，其中利用健康体检完善2997，高血压、糖尿病随访完善755份，剩余1899份档案陆续正在完善当中。

(4) 慢性病联合门诊导师下站点助力家庭医生签约服务，8月21日上午中心邀请人民医院内分泌科主任孙丽琴到大桐洲站点未连续多次控制不满意的糖尿病患者提供现场诊疗服务，指导家庭医生规范糖尿病患者治疗方案。进一步提升家庭医生签约服务能力。

6. 提供慢病长处方服务

截止8月25日中心提供慢病长处方服务177张，慢病长处方开具数量还有一定差距，接下来这将是我们的重点需要解决的问题。

通过一系列举措，中心进一步做实做细了家庭医生签约服务，健康管理质量有了明细的提升，但仍存在诸多问题，8月交叉调查结果我中心签约服务内容知晓率和慢病长处方知晓率79.01%和44.44%，慢病长处方距离签约对象全知晓尚有很大距离。医生开具慢病长处方数量距离目标量还有很大差距、思想上还不够重视，家庭病床服务的规范，慢病患者的综合管理能力、诊疗能力均还需进一步加强。