白玉兰口腔优秀病例奖推荐书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐单位 |  | | 联系电话 |  | |
| 单位地址 |  | | 个人工作照 | | |
| 申报医师 |  | |
| 医师资格证书编号 |  | |
| 医师执业  证书编号 |  | |
| 身份证号 |  | |
| 申请人联系方式 | 手机  号码 |  | 邮件地址 |  | |
| 病例合作完成人资料 | | | | | |
| 姓名 | 单位 | | 联系方式 | | 职别（医师/技师/助手） |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 推荐单位意见：  签章  年月日 | | | | | |

病例汇报页

（可另行添加页）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病例汇报题目 |  | |
| 患者基本情况 | 性别 | 年龄 |
| 主诉 |  | |
| 现病史 |  | |
| 既往史 |  | |
| 过敏史 |  | |
| 口腔临床检查 | （病例展示所需的图片资料，请另行制作电子文档，建议以PPT或PDF形式上传） | |
| 辅助检查 | （病例展示所需的图片资料，请另行制作电子文档，建议以PPT或PDF形式上传） | |
| 诊断 |  | |

治疗过程

（可另行添加页）

|  |  |
| --- | --- |
| 治疗计划 |  |
| 治疗过程 | |
| 第一次就诊 | （病例展示所需的图片资料，请另行制作电子文档，建议以PPT或PDF形式上传） |
| 第二次就诊 | （病例展示所需的图片资料，请另行制作电子文档，建议以PPT或PDF形式上传） |
| 第三次就诊 | （病例展示所需的图片资料，请另行制作电子文档，建议以PPT或PDF形式上传） |
| 随访记录 | （病例展示所需的图片资料，请另行制作电子文档，建议以PPT或PDF形式上传） |