

最新社区签约医生 村卫生室家庭医生签约工作总结(大全5篇)

每个人都曾试图在平淡的学习、工作和生活中写一篇文章。写作是培养人的观察、联想、想象、思维和记忆的重要手段。那么我们该如何写一篇较为完美的范文呢？这里我整理了一些优秀的范文，希望对大家有所帮助，下面我们就来了解一下吧。

社区签约医生篇一

家庭医生签约服务工作总结

为充分发挥家庭医生作为居民健康“守门人”的作用，根据厦门市卫计委关于印发《厦门市家庭医生基层签约服务实施方案》的通知文件精神，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。

个，团队成员

人。及时组织团队成员学习实施方案精神，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。

为保证服务工作顺利有序进行，自8月下旬开始，我中心通过以下途径进行宣传：

为了更好的推进签约工作的开展，我中心通过多种途径为辖区居民进行签约。

截止至2017年5月10日，签约人数16274，签约率

,其中65岁以上签约人数

, 高血压签约人数

, 糖尿病签约人数

□

签订家庭医生服务协议后，本中心家庭医生服务团队根据不同签约人群为签约居民提供了相应的服务，主要有以下几个方面：

□

次数。

次数。

（一）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。

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。

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。

通过签约服务，全科医生责任感增强，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。

实行家庭医生制服务后，对全科医生来说，工作量明显增加，

投入的时间更多，凸显出社区全科医生数量的严重不足和人员缺乏。

对于健康人群来说，“家庭医生签约服务”是一个新名词，新事物，所以当全科医生与他们签约时，表现出不理解、不信任、不接受的态度，另外家庭医生签约服务又能给他们带来多少益处，享受到多少优惠和方便，在他们心中至今还是个问号。

（一）总结经验，推广服务

根据厦门市卫计委的部署，我中心将及时总结开展家庭医生签约服务的做法和初步成效，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，进一步推广家庭医生式服务。

根据居民日益提高的卫生服务需求，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。

将家庭医生签约服务工作开展情况纳入中心公共卫生服务绩效考核的重点内容之一，通过考核、和不定期督导检查等形式，促进落实家庭医生签约服务的各项工作内容，确保家庭医生签约服务工作的持续推进和健康发展。

2017/5/10

社区签约医生篇二

根据__区卫生局整体工作精神，成立了以__x院长为组长的__镇家庭医生式签约服务工作领导小组，并及时起草了《__镇20__年家庭医生式签约服务工作方案》。截至今年9月1日，共召开专题会议10场，组建团队24个，团队成员160人，参加

家庭医生式签约服务培训580人次，于20__年8月29日，邀请区卫生局及区疾控中心有关领导参加，在东皋村村部召开“__镇家庭医生式服务工作启动会”；多次召开__镇各乡村卫生所、院全体医务人员参加的“__镇家庭医生式签约服务工作部署会议”、“__镇家庭医生式签约服务工作推进会”、“__镇家庭医生式签约服务工作培训会”、“__镇家庭医生式签约服务健康评估工作培训会”等工作会议，会议都紧密围绕家庭医生式服务工作的服务内容、人员构成、经费保障、工作持续性等内容进行了布置、推进、并充分研讨，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。

(二)、广泛宣传，深入动员

为保障家庭医生式签约服务工作的深入人心，根据《__区家庭医生式服务工作宣传月活动方案》(荔卫〔20__〕112号)文件精神，我镇制定了《__镇家庭医生式服务工作宣传月活动方案》，积极开展主题为“让家庭拥有医生，让医生走进家庭”的家庭医生式服务工作宣传月活动。通过下乡义诊、健康咨询、知识讲座、入户上门等多种活动形式向居民发放“致社区居民一封信”20000多份，家庭医生手册15000份、签定家庭医生式服务协议书6542份。同时，我镇还统一印制了以宣传家庭医生服务理念、服务内容和形式为主题的宣传栏25版、宣传海报30份，雇用三轮车30辆，粘贴在车身左右两侧，通过街头和村主干道游行的形式进行活动宣传，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。

(三)、抓好试点，逐步推进

在__镇东皋村、汀江村两个试点村开展家庭医生式签约服务工作中，以慢性病管理、孕产妇保健管理、残疾人康复、婴幼儿保健及其它服务(出诊、上门访视、家庭护理)等为重点，掌握了服务人群底数的和需求人员数量，为全镇家庭医生式

服务的扎实推进奠定了信息基础。

(四)、明确原则，分级管理

1、分片服务、明确责任

根据__镇人口分布及村卫生所分布特点，以辖区24个村卫生所为载体，将__行政区域“网格化”划归相应的村卫生所，保证__镇所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。镇卫生院和各村卫生所组成了由“全科医生、社区护士、防保人员、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

各公共卫生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，第三类为慢性病人群，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。

第一类 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卫生室家庭医生签约服务

第二类 需关注的人群，如孕产妇、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3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。

社区签约医生篇三

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。

社区签约医生篇四

为进一步推进我乡卫生服务能力建设，我中心根据区卫计委《宣州区2017年度家庭医生签约服务工作实施方案》及考核评分标准等文件要求，我中心全面部署相关工作，按照工作进度要求稳步推进，圆满完成2017度家庭医生签约服务履约率90%的工作要求，具体工作情况如下：

制定了《2017年度**街道家庭医生签约服务工作实施方案》，同时成立了家庭医生签约服务工作领导小组和签约服务团队，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，向村民签订了家庭医生式服务协议书。

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、服务形式为主题的宣传单，并分发给本辖区各村卫生室和村委会，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。

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、婴幼儿保健及其它服务，社区卫生服务中心负责检查、指导、

协助签约家庭医生，开展上门访视服务和健康教育，做好健康体检、逐级转诊、健康评估等履约服务。医生体牵头医院按照签约服“1+1+1”服务团队要求，提供技术支持和业务指导，协助专科医生开展远程会诊和健康讲座，落实转诊病人蓝色通道的相关措施，帮助家庭医生履行其不能承担的部分技术服务，确保服务按照协议规定执行。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。

家庭医生签约服务团队为签约服务的提供主体。家庭医生服务团队原则上由家庭医生、乡镇卫生院临床医师或全科医生及健康管理人员（护士、公共卫生医师）、医共体牵头医院选派的医生组成，团队负责人由中心医生担任。家庭医生由乡镇一体化管理的村卫生室中具备资质的乡村医生担任。中心是家庭医生签约服务管理的直接责任人，为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。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。家庭医生签约服务对象为全办事处城乡常住居民，优先覆盖65岁以上老年人、慢性病患者（高血压、糖尿病、慢性支气管炎等）、孕产妇、0-6岁儿童以及贫困人口及计划生育特殊家庭成员等重点人群。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。

优先与辖区内的慢性病人、空巢老人、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书，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。

对2015年底建档立卡贫困人口、计划生育特扶对象建立完善电子健康档案，实现贫困人口、计划生育特扶对象家庭医生签约服务全覆盖，对65周岁以上老年人、高血压、糖尿病等重点人群免费签订有偿包，提供有效的基本公共卫生服务、健康管理、预约转诊等服务。

2017年家庭医生签约工作我处共签约****人，其中有偿包任务数要求****人，我街道共完成签约有偿包签约完成****人，超额完成****人，其中完成有偿包签约****人，超额完成****人，对****名计生特扶，****名贫困人口进行了免费签约。目前已完成2017年度家庭医生签约92.36%的履约工作，已达到区卫计委要求90%履约要求。

**街道社区卫生服务中心

2017年12月18日

社区签约医生篇五

根据xx区卫生局整体工作精神，成立了以xxx院长为组长的xx镇家庭医生式签约服务工作领导小组，并及时起草了《xx镇20xx年家庭医生式签约服务工作方案》。截至今年9月1日，共召开专题会议10场，组建团队24个，团队成员160人，参加家庭医生式签约服务培训580人次，于20xx年8月29日，邀请区卫生局及区疾控中心有关领导参加，在东皋村村部召开“xx镇家庭医生式服务工作启动会”；多次召开xx镇各乡村卫生所、院全体医务人员参加的“xx镇家庭医生式签约服务工作部署会议”“xx镇家庭医生式签约服务工作推进会”“xx镇家庭医生式签约服务工作培训会”“xx镇家庭医生式签约服务健康评估工作培训会”等工作会议，会议都紧密围绕家庭医生式服务工作的服务内容、人员构成、经费保障、工作持续性等内容进行了布置、推进、并充分研讨，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。

为保障家庭医生式签约服务工作的深入人心，根据《xx区家庭医生式服务工作宣传月活动方案》（荔卫〔20xx〕112号）文件精神，我镇制定了《xx镇家庭医生式服务工作宣传月活动方案》，积极开展主题为“让家庭拥有医生，让医生走进家庭”的家庭医生式服务工作宣传月活动。通过下乡义诊、健

康咨询、知识讲座、入户上门等多种活动形式向居民发放“致社区居民一封信”20000多份，家庭医生手册15000份、签定家庭医生式服务协议书6542份。同时，我镇还统一印制了以宣传家庭医生服务理念、服务内容和形式为主题的宣传栏25版、宣传海报30份，雇用三轮车30辆，粘贴在车身左右两侧，通过街头和村主干道游行的形式进行活动宣传，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xx镇东皋村、汀江村两个试点村开展家庭医生式签约服务工作中，以慢性病管理、孕产妇保健管理、残疾人康复、婴幼儿保健及其它服务(出诊、上门访视、家庭护理)等为重点，掌握了服务人群底数和需求人员数量，为全镇家庭医生式服务的扎实推进奠定了信息基础。

1、分片服务、明确责任

根据xx镇人口分布及村卫生所分布特点，以辖区24个村卫生所为载体，将xx行政区域“网格化”划归相应的村卫生所，保证xx镇所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。镇卫生院和各村卫生所组成了由“全科医生、社区护士、防保人员、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

各公共卫生服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和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，第三类为慢性病人群，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。

第一类健康普通人群，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。

第二类需关注的人群，如孕产妇、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3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。

第三类慢性病人群，如高血压、冠心病、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/月的饮食指导、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。

第四类合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人、空巢老人等，以减轻痛苦、便捷医疗为目标。在第三类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。

东皋村、汀江村2个试点村对辖区居民分级、分类及开展健康需求调查的基础上，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书，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，已签约的居民家庭7400余户，签约人数计为36522人，占服务总人群的34.7%，其中重点人群11936人，占签约人群的32.68%。

(一)、有限的人力资源实现了现阶段最大程度的社区卫生服务范围，提高了医疗健康服务可及性。

xx镇卫生院卫生技术人员全员参与家庭医生式签约项目服务，共组建家庭医生式服务团队24个，配备社区健康专用电话27部，服务覆盖24个村委会的所辖居民。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村居为居民提供服务，使农村健康管理能力得到切实加强。

(二)、保证了健康教育等“六位一体”功能的逐步实现，提高了居民健康保障水平。

提高了辖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、康复等服务得到落实，居民健康意识不断增强□20xx年1~6月，全镇家庭医生服务团队接受各类咨询达21594人次，主动上门服务216人次，签约基本医疗5847人次，健康评估14467人次，签约家庭7400户。

(三)、初步实现了从“治疗为主向预防为主”的健康保障方式的转变。

通过开展健康教育讲座和定期访视，及时了解居民的健康问题和健康需求，并对不同人群实施具有针对性的`健康干预，促进居民提高健康水平和生活质量。

(四)、重点人群的健康需求基本得到满足，充分体现公益性。

根据辖区居民的健康状况和需求进行“分级分类”管理，使全镇中弱势群体、慢病患者等重点人群优先得到以基本医疗和健康指导为主要内容的家庭医生式服务，在一定程度上缓解了困难群体“看病难、看病贵”的问题，促进了xx镇的和谐稳定。

(一)总结经验，推广服务

根据xx区卫生局的部署，我院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，逐步向全镇居民推广家庭医生式服务。

(二)深化内涵，完善服务

根据居民日益提高的卫生服务需求，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。

(三) 强化考核，持续服务

20xx年，将家庭医生式服务工作开展情况纳入全镇公共卫生服务绩效考核的重点内容之一，通过半年考核、年度考核和不定期督导检查等形式，促进各村全面落实家庭医生式服务的各项工作内容，确保家庭医生式服务工作的持续推进和健康发展。