医院评审访谈要求（合集 5 篇）

第一篇：医院评审访谈要求

附件 2 二级医院复审督查访谈提纲

一、访谈对象

1.与患者访谈。每次抽查 5 名住院患者，详细询问服务告知是否具体，三级查房是否履行，医患沟通是否到位，医务人员是否有不规范诊疗行为，是否有索要红包、索要宴请等违规行为。

2.与科主任、护士长访谈。围绕等级医院评审标准中要求掌握的具体内容开展访谈，包括科室发展规划与计划、院科两级目标、岗位职责、科室质量与安全控制、行业规范要求及科室现场管理评价等方面。

3.与医护人员访谈。分别访谈高、中、初级医护人员，重点询问医院精神、患者的权利与医务、“三好一满意”、各级人员岗位职责、三基知识、核心制度掌握、科室管理目标要求、应急处置流程要点以及满意度调查等方面。

二、访谈参考内容

（一）统一要求掌握：

1.我院的核心价值观、院训、医院使命、愿景、办院理念、质量理念、服务理念是什么？

2.医院发展目标是什么？ 3.我院院徽的内涵是什么？ 4.卫生部八不准规定是什么？ 5.“三好一满意”是什么？ 6.“三条禁令”指的是什么？ 7.患者的权利和义务是什么？

（二）临床访谈： 访谈科主任： 1.询问科主任岗位职责 2.询问科室发展规划与计划

3.询问科室年度目标任务（学科建设、人才培养、科学研究、技术提升、医德医风等方面）

4.询问科主任自身建设要求

5.询问科室质量控制与安全控制的措施（从不良事件处置、医患纠纷处置、核心制度的保证落实等方面询问）

6.熟悉相关法律法规与病人合法权益 7.询问是否熟悉病区疑难、危重症患者的病情 访谈医师

1.询问各级医师岗位职责

2.知晓临床路径与单病种护理质量控制制度，质量控制流程 3.询问危急值处置流程 4.询问不良事件报告流程 5.询问传染病上报流程

6.询问住院患者发生坠床的应急处置流程 7.熟练掌握手卫生各项操作规范

8.熟练掌握本科室诊疗常规、技术规范、临床路径、抗菌药物管理、预约诊疗规定等

9.熟练掌握核心制度（随意挑选一项询问）10.熟练掌握基本技能（随意挑选一项考察）

11.询问是否掌握床位患者的病情（随意挑选一名治疗患者）

（三）护理访谈 访谈病区护士长：

1.知晓部门规划、计划的主要内容；护士长以上管理者知晓规划与年度 计划，时间进度完成情况。

2.知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程。

3.查看排班情况，结合本专科特点、护士结构和数量、病人病情排班的思路，中长期、短期和特殊情况下的排班具体做法。护理员配置比例是否符合要求，询问管理模式等情况。

4.分级管理持续改进的机制和办法，评估其合理性、有效性。 5.各级护士岗位培训的制度、培训内容、准出标准、考核记录等。询问护士长病区绩效考核的主要做法、临床带教对于新护士培训的主要做法。

访谈病区护士：

1.知晓本部门、本岗位（承担的所有岗位、角色）的职责、资质与履职要求。

2.知晓护理目标及临床护理质量控制的相关标准，科室细化的质量标准；护理人员 100%知晓护理安全(不良)事件报告制度及流程。知晓最近 2 月内存在的护理问题、不良事件，以及相应的整改措施。

3.100%知晓优质护理服务的目标和内涵。询问责任制模式内涵，小组制分工等相关内容。

4.知晓危重患者护理常规及技术规范，工作流程及应急预案，风险评估、安全护理制度和措施。

5.知晓保障常用仪器、设备和抢救物品使用的制度与流程的主要内容。6.知晓本专科疾病特点的心理与健康指导、出院指导、健康促进等主要内容。

7.知晓重点环节应急管理制度，重点环节包括患者用药、输血、治疗、标本采集、围术期管理、安全管理等应急预案，院内紧急意外事件（停电、停水、火灾等）的护理工作应急预案和处理流程。

8.熟练掌握口腔护理、静脉输液、各种注射、鼻饲等常见技术操作及并 发症预防措施及处理流程。

9.熟知护理核心制度（查对、交接班、分级护理、医嘱执行、危重患者抢救）。责任护士掌握各级护理人员岗位培训内容中护理管理制度内容。

10.询问质控护士所在科室质控重点，每周如何落实、追踪、改进，评估其方法的合理性和成效。

访谈特殊护理单元： 1.手术室

（1）护理人员知晓各工作区域功能及要求并有效执行。（2）相关护理人员知晓手术室工作制度、岗位职责、操作常规。（3）护理人员知晓手术室安全管理方面的主要内容与履职要求。（4）护理人员知晓根据制定的相关制度、工作流程及 SOP。（5）知晓物品消毒灭菌处置方法。

（6）护理人员知晓手术室感染预防控制措施与履职要求。

访谈手术室护士：察看手术室护士绩效考核与培训是否挂钩，业务培训改进机制是否有效。

询问护士长、护理部陪同人员：对手术安全核查执行情况，相关质控监管机制及做法。

随机访谈手术医生护士：有保证医护相互监督的相关制度落实的措施。2.供应室

（1）人员知晓工作流程符合规范要求，流程与实际开展工作相符。（2）知晓岗位培训相关内容及效果评价。

（3）护理人员知晓制度、规范、岗位职责、突发事件的应急预案或流程与履职要求。

3.新生儿室

（1）知晓岗位培训相关内容及效果评价。（2）护理人员知晓质量与安全管理主要内容与履职要求。

（3）护理人员（含工人）知晓手卫生规范、消毒隔离措施与履职要求。

（四）患者访谈 住院患者

1.入院时是否有健康宣教 2.是否知晓床位医生与床位护士 3.医生是否每天查房，查房次数 4.高值耗材与贵重药品使用前是否告知

5.有创检查、操作、输血液制品、麻醉、手术前是否告知其医疗风险，是否签订同意书

6.医务人员是否有索要红包、宴请等不规范行为 7.对医院提供的饮食是否满意 门诊患者

1.门诊患者就诊是否经过预约，通过何种方式预约，是否知晓预约方式 2.对门诊服务窗口服务质量是否满意 3.对门诊诊室医生服务质量是否满意 4.门诊区域标识是否清晰、明确 5.对门诊便民服务是否满意

6.门诊普通医技检查是否当日完成检查和报告

第二篇：二甲医院评审访谈参考内容

二甲医院评审访谈参考内容

1、医院精神：医院精神是医院在交往实践中产生又在交往实践中表现出来的一种精神状态。它是医院员工价值观念、理想信念、道德规范、行为准则、工作作风等多种因素相结合的产物是医院员工在长期的交往实践中产生的群体意识，这种意识的形成必须是在一定的条件下，经过长期的打造、磨合并得到大家一致认同、自愿身体力行的。医院精神体现着符合卫生行业特点的职业道德和价值取向，反映医院工作宗旨、发展方向和服务理念等综合意向如治病救人、救死扶伤的天职，精益求精的敬业精神，全心全意的服务理念等。

2、患者的权利与义务： 患者的权利： 1.享有人格尊重权、个人

隐私、人格尊严及信仰得到尊重

2.享有知情同意权，有权知道自己的病情、治疗计划及结果，治疗药物名称、治疗作用、用法用量及可能产生的副作用，规定的医疗、护理服务项目及收费标准 3.享有参与选择权，面对医生同时提出的几种不同治疗方案，有权要求选择权，面对医生同意提出的几种不同治疗方案，有权要求选择最适合自己的治疗方案。4.享有隐私权，医院将对您的病情资料予以保密，但医疗质量检查、保护国家和公共卫生利益需要等情况除外。5.享有投诉，如果您对医院的服务有意见，可以到公共卫生楼投诉。患者的义务： 1.提供自己真实的病史，不能隐瞒病史。由于隐瞒病史而发生的医疗事故应该有患者来负责。2.医院是一个公共场所，要遵守医院的规定和秩序。3.配合诊断和治疗，遵从医嘱并配合完成取得您同意的诊疗措施。4.按时足额缴纳医疗费用并按医嘱出院。5.每个患者的诊疗是一个系统工程，医务人员的工作非常辛苦，请您尊重医务人员。

3、三好一满意： 服务好、质量好、医德好、群众满意

4、评审办公室资料员职责： 1 协助负责定期编发评审工作简报 2 负责文稿起草和情况综合，做好会议记录 3 负责评审工作资料的收集、整理、归档 4 负责资料打印装订 5 下发各类通知、简报、通报

5、三基知识： 三基：基础理论、基本知识、基本技能 三严：严格要求、严密组织、严谨态度

6、核心制度： 1 首诊负责制度 2 三级医师查房制度 3 分级护理制度 4 术前讨论制度

5 疑难病历讨论制度 6 死亡病历讨论制度 7 危重病人抢救制度

8 手术分级管理制度 9 查对制度10 病历书写管理制度 11 交接班制度 12 临床用血管理制度 13 会诊制度 14 医疗技术准入制度 15 医患沟通制度 16 转院转科制度 17 手术安全核查制度

7、危急值处置流程 1 当检查结果出现“危急值”时，检查者首先要确认仪器和检查过程是否正常，在确认仪器及检查过程各环节无异常的情况下，立即复查，复查结果与第一次结果吻合无误后，检查者立即电话通知患者所在临床科室，并在《医技科室检查“危急值结果

登记本”》上详细记录。2 临床科室街道“危急值”报告时，需紧急通知主管医师、值班医师或科主任、临床医师需立即采取相应诊治措施，并于 2 小时内在病程记录接收到危急值检查报告结果和诊治措施。3 临床医师和护士在接到“危急值”报告后，如果认为该结果与患者的临床病情不符或标本的采集有问题，应重新留取标本送检进行复查。如果复查结果与上次一致或误差在许可范围内，检查科室应重新向临床科室报告“危急值”，并在报告单上注明已复查。报告与接收均遵循“谁报告（接收）、谁记录”的原则。4“危急值”报告对象是各科室患者、重点是急诊科、手术室、各重症监护病房等急危重患者。5“危急值”报告科室包括：检验科（输血科）、核医学科、影像中心、放射科、超声诊断科、药剂科、心电图等医技科室。对危急值报告的检查制度，规定检验科每月检查，反馈，每半年至少有一次回顾程序。包括项目的设置，报告的情况，提出改进的要求。上报医务部。6 危急值的定义进行不定期的维护 1）临床科室如对危急值标准有修改要求，或申请新增危急值项目，请将要求书面成文。科主任签字后交医技科室修改。2）医技科室按临床要求进行修改，报送医务部审批，并将申请保留 3）如遇科室间标准、要求不统一，提交医务部协商解决。

8 医疗安全（不良）事件发生 见下图：

医疗安全（不良）事件发生 科室主任 网 书紧络面急 直报电报 告话 医务科 与医疗安全（不良）事件相关职能部门

9、传染病上报程序及管理要求上报程序 门诊医生将当日发现的传染病及时填写上报卡，将填写好的上报卡及时交给专科分诊护士，进行登记后送传染病网络直报出，每日 6 点半点以前。（现开展阳性病人登记制度）病房经管医生发现传染病病例在规定的时限内填好传染病上报卡，由信息科当日收取，交医疗管理部在规定的时限内进行网络直报。传染病上报采取首诊负责制，凡是自己第一次诊疗的传染病病人，都必须填写上报卡。科室要有登记制度（法定传染病登记、交接登记）

传染病的种类 传染病分为甲、乙、丙三类： 甲类 2 种 鼠疫、霍乱 乙类 25 种（其中艾滋病、非典、禽流感、肺炭疽按甲类管理）丙类

11 种（新增手足口病为丙类）上报时限

甲类 2 小时；乙丙类 24 小时。

传染病报告在各级医疗机构的流程是： 接诊登记—→诊断→辅助检查→填卡→审核→录入。病例分类 疑似病例：医生根据病人症状、体征、和一般非特异性检查（如查体、血常规、尿常规、X 线检查等）不能做出诊断时选择。（7 天内要确诊）病原携带者：责任报告单位的实验室或在健康体检过程中检出传染病病原，但受检者无明显症状、体征时选择。乙肝上报要求 要求准确写清乙肝病人或乙肝携带者，病原学检查阳性，无肝功能异常填病原携带者，病原学检查阳性伴有肝功能异常，填写乙肝病人 报告卡存在具体问题 填报告卡不够认真，漏项多，合格率还需进一步的提高。地址不详细 未按规定时限上报 漏报现象（明显减少）字迹不认真 没有签名、没日期 填卡要求

（一）联上报卡填写要字迹工整，认真不能有漏项； 系方式及地址填写要详细，市区要填写到小区楼、栋号门、牌号，团场要写到连队。要写患者的电话号码，原则指病人发病时居住地，如单位、学校、建筑工地等有利于卫生防疫机构进行流行病调查； 15 岁儿童要求填写家长姓名；幼托儿童、上学学生要写清幼儿园名称和学校名称 报告卡带 “ * ” 部分必须填写； 详细、准确填写病例分类；（以阐述）订証报告的填写（填写错误、诊断错误、病人死亡时填写）一张报告卡只能填写 1 种传染病 发病时间填写本次就诊时间 诊断时间填写本次就诊确诊日期 结核病的管理 流程（1）首诊医生要提高对肺结核可疑症状者的警觉性。（2）对接诊的可疑肺结核可疑症状者进行 X 线检查和痰涂片检查（3）对确诊病人转诊（4）医疗机构要建立门诊登记本、放射科登记本、实验室登记本、住院登记本、药房抗结核药发放登记本、全院肺结核病人疫情报告登记本及转诊登记本。发现肺结核病例或疑似病例，在填写传染病上报卡的同时，填写《肺结核病人或疑是肺结核病人转诊单》一式三份：二份和传染病报告卡一起送传染病防治管理部门：一份由交病人携带，到指定的结防机构就诊后，用于病人转诊数据到位数据统计，院感办每天核查科室疫情报告和转诊情况，及时进行网络直报确保信息的准确和完整性。

结核病的最新要求

1、活动性肺结核要上报、转诊

2、活动性结核性胸膜炎要上报、转诊

3、陈旧性肺结核钙化、纤维化不上报、不 转诊 4、15 岁以下儿童疑似肺结核要先做 PPD 实验强阳性者，再进行拍片检查。结核病的管理 考评方法 门诊日志、放射科阳性登记、出院病人登记本、实验室痰检情况，痰检率 90%（可发现漏报、漏登、漏转等）（2）评价指标 医疗机构结核病发现病人报告率、报告病人转诊率、转诊到位率。

10、医务人员洗手方法 1 在流动水下使双手淋湿 2 取适量肥皂（皂液）均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝。3 认真揉搓双手至少 15 分钟，应注意清洁双手所有皮肤，包括指背、指尖和指缝，具体揉搓步骤为：（可简记为：内、外、夹、弓、大、立完腕）3.1 掌手相对，手指并拢，相互揉搓 3.2 手心相对，双手交叉指缝相互揉搓，交换进行 3.3 掌心相对，双手交叉指缝相互揉搓 3.4 弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓，交换进行 3.5 右手握住左手大拇指旋转揉搓，交换进行 3.6 将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓，交换进行 4 在流动水下彻底冲净双手、擦干，取适量护手液护肤。

第三篇：医院评审访谈——院长访谈内容范文

院长访谈内容：

1．请描述医院的组织框架，查看医院组织结构图。

2．作为领导，请你解释审批医院运作的制定和规划的流程。

3．医院是否有总体发展规划？计划？所有规划、计划的依据是什么？是否符合医院的宗旨与愿景？查看总结与实施情况的资料。4．如何确保科室计划与医院计划、目标、宗旨和愿景的一致？ 5．请说明全院及科室的医疗质量管理框架，提供证据说明其可行性、有效性及改进成果。

6．医院领导是如何支持和促进医院质量管理改进和患者安全工作的，查看相关文件，如：

(l)院领导班子是否召开“医疗质量与患者安全管理”方面的专题会议？

(2)医院层面是否召开质量讲评？有哪些人员参与？(3)医院领导如何接受质量改进方面的培训？

7．医院是否采用任何一种形式规定每个部门要提供的服务的流程？如何知道这些形式是有效的？

8．如何以书面形式规定每个部门服务范围？你如何了解这些文件是否与实际情况保持一致？ 9．安全不良事件。

(1)如何处理出现的意外事件（包括死亡）、不良趋势和偏差？(2)作为医院领导是如何管理、控制这些安全不艮事件的？(3)如果病人发生不希望出现的并发症、趋势、变化时，有没有进行一个全面的根本原因分析？请说明医院如何开展根本原因分析过程。

(4)医院采取哪些措施提高员工对这类事件的自愿通报率？(5)医院对这类事件的原因分析是否反馈给工作人员？ 10.作为医院领导您是如何了解医院的整体经济运营情况？

11.医院如何确保正确、合理的预算管理工作？所有预算是由谁负责管理／决策的？可跟踪至财务部门查看：

(l)近几年预算与事业发展计划及本单位业务规划、工作目标的符合性。

(2)近几年预算执行资料和预算调整报批资料。12.医院如何正确的分配奖金？依据是什么？查看分配资料。13.医院如何确保对患者的合理收费？可以继续追踪抽查出院患者的收费情况，以及抽查价格管理人员对岗位职责和价格政策的掌握情况。14.医院对重大经济项目的决策管理和工作流程如何？并有哪些人员参与？抽查重大经济事项的立项论证报告。

15.医院每年投入信息化建设、运行及维护的经费是否有预算？是否达到有关部门的要求？查看专职技术人员及培训经费配硌情况，培训资料。

16.医院目前的信息化系统包括哪些？这些信息系统的建立是由谁决定的？现场查看：

(1)信息系统的工作、运作情况，是否能确保所有信息的连贯性、及时性及有效性？

(2)查看医疗质量管理部门是否能及时查询相关信息、医疗业务动态以及质量控制信息。17.若发生自然灾害或其他不可抗因素导致医院无法正常运作，病人应如何安骆？

18.医院有针对所在社区的各种紧急状况、流行病爆发及自然或其他灾害的救助演习吗？请举例描述。

19.医院是否有紧急事件处理指挥小组？组长和组员分别由谁担任？20.医院领导如何支持对专业伦理方面的事项进行监控？ 21.医院领导或部门负责人如何判断员工是否胜任指定的工作？ 22.作为医院领导您是如何根据病人的需求来调整人员配备的？ 23.医院是否有外包服务？如果有的话，包括哪些外包服务项目？对于与院外机构签订的外包服务是如何进行监控的？

24.请描述你们与社区及其他单位负责人在满足社区健康需求方面的计划过程。

25.是否有对口社区服务内容与评审评价记录？

26.查看相关社区服务的师资队伍名录、培训计划及实施记录。27.描述有关员工聘用、留用、个人发展和继续教育方面的流程。28.与员工沟通

(1)作为医院的领导、管理者，您是如何看待员工对您以及对医院的意见的？

(2)您是如何与员工进行沟通与交流的？(3)员工又是如何了解医院的情况及发展的？

(4)医院是如何开展员工满意度调查的？如何使用这些数据？并且作为医院领导，您又是如何看待这些数据的呢？可以查看资料。29.与病人沟通。(l)医院是如何开展病人满意度调查，以满足病人的需求与期望的？

(2)病人满意度主要针对哪些病人？包括哪些方面？

(3)除医院自身以外，是否还有第三方进行公开的社会调查与评估？

(4)医院是如何使用病人满意度的数据的？查看相关资料。(5)如果病人第一次来医院看病，病人可以通过哪些方式了解他们所需的服务途径？医院采取哪些措施将病人所需的内容进行告知？可以结合现场

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/785314044140011134