

家庭医生签约基本服务包清单(试行)

适用人群	服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
一般人群	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向签约居民个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案，并通过多种方式维护管理健康档案。到签约机构就诊的居民，至少每年动态更新1次。
		健康提醒与健康咨询	按照节气向签约居民推送健康生活方式、膳食营养等健康提醒；了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，每年主动向居民提供一定次数的健康提醒和健康咨询服务。
		体重管理服务	提供体重测量、身高测量、腰围测量等服务；开展居民体重管理核心知识宣教及体重管理健康指导。	按照《关于印发“体重管理年”活动实施方案的通知》(国卫医急发〔2024〕21号)对基层医疗卫生机构的要求开展。
		建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
	基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。
		转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。	

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	65岁及以上老年人	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向签约居民个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案。通过多种方式维护管理健康档案，至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询	按照节气向签约居民推送健康生活方式、膳食营养、体重管理等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			老年人健康管理服务	开展基本公共卫生老年人健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范开展。
			老年人中医药健康管理服务	开展基本公共卫生老年人中医药健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范开展。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
			上门健康随访(80岁及以上)	为签约的80岁及以上高龄老年人提供面对面或上门健康随访服务，包括健康评估、用药指导、就诊指导等。如涉及上门治疗、康复、护理、家庭病床等服务，按医疗服务收费标准执行。	在知情同意情况下，通过面对面或上门方式主动向居民提供，每年1次。
			失能老年人健康服务	各地结合实际，为签约的65岁及以上居家失能老年人提供健康服务和健康咨询，提供转诊转介。	按照《关于开展失能老年人健康服务行动的通知》(国卫办老龄函〔2024〕285号)开展。
	基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。	
		转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。		
		长期处方服务	对符合条件的老年慢性病患者提供长期处方服务。		
合理用药指导		通过面访、诊间、电话、微信、APP等形式提供合理用药指导。			
其他基本医疗服务项目		各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。			

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	高血压患者	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向签约居民个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案。通过多种方式维护管理健康档案，至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询	按照节气向签约居民推送健康生活方式、膳食营养、体重管理等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			高血压患者健康管理服务	开展基本公共卫生高血压患者健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范及基层高血压防治管理指南开展。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
	基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。	
		转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。		
		长期处方服务	为病情稳定且诊断明确、有需求的签约慢性病患者提供长期处方服务(4~12周)。		
		合理用药指导	通过面访、诊间、电话、微信、APP等形式提供合理用药指导。		
		辅助检查	根据实际情况选择必要的检查检验项目纳入服务包，如血常规、尿常规、眼底检查等。		
		其他基本医疗服务项目	各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。		

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	2型糖尿病患者	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向签约居民个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案。通过多种方式维护管理健康档案，至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询	按照节气向签约居民推送健康生活方式、体重管理、膳食营养等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			2型糖尿病患者健康管理服务	开展基本公共卫生2型糖尿病患者健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范及基层糖尿病防治管理指南开展。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
	基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。	
		转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。		
		长期处方服务	为病情稳定且诊断明确、有需求的签约慢性病患者提供长期处方服务(4~12周)。		
		合理用药指导	通过面访、诊间、电话、微信、APP等形式提供合理用药指导。		
		辅助检查	根据实际情况选择必要的检查检验项目纳入服务包，如血常规、尿常规、糖化血红蛋白、眼底检查等。		
		其他基本医疗服务项目	各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。		

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	慢性阻塞性肺疾病患者	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向签约居民个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案。通过多种方式维护管理健康档案，至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询	按照节气向签约居民推送健康生活方式、体重管理、膳食营养等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			慢性阻塞性肺疾病患者健康管理	开展基本公共卫生慢性阻塞性肺疾病患者健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范及慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范开展。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
	慢性阻塞性肺疾病患者	基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。
			转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。	
			长期处方服务	为病情稳定且诊断明确、有需求的签约慢性病患者提供长期处方服务(4~12周)。	
			合理用药指导	通过面访、诊间、电话、微信、APP等形式提供合理用药指导。	
			辅助检查	根据实际情况选择必要的检查检验项目纳入服务包，如肺通气功能检查等。	
			其他基本医疗服务项目	各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。	

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	严重精神障碍患者	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，依法依规将电子健康档案向签约居民或监护人开放。	由家庭医生通过面对面方式或与监护人当面了解的方式主动向居民提供，健康档案至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询	按照节气推送健康生活方式、体重管理、膳食营养等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民或监护人提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			严重精神障碍患者健康管理服务	开展基本公共卫生严重精神障碍患者健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范开展。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
	基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。	
		转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。		
		其他基本医疗服务项目	各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。		

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	肺结核患者	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向签约居民个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案。通过多种方式维护管理健康档案，至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询	按照节气向签约居民推送健康生活方式、体重管理、膳食营养等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			肺结核患者健康管理服务	开展基本公共卫生肺结核患者健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范开展。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
	基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。	
		转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。		
		辅助检查	根据实际情况选择必要的检查检验项目纳入服务包，如肝功能、肾功能检查等。		
		其他基本医疗服务项目	各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。		

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	孕产妇	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向签约居民个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案。通过多种方式维护管理健康档案，至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询	按照节气向签约居民推送健康生活方式、体重管理、膳食营养等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			孕产妇健康管理服务	开展基本公共卫生孕产妇健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范开展。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
		基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。
			转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。	
			其他基本医疗服务项目	各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。	

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	0~6岁儿童	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案。通过多种方式维护管理健康档案，至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询	按照节气推送健康生活方式、体重管理、膳食营养等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			0~6岁儿童健康管理服务	开展基本公共卫生0~6岁儿童健康服务。	按照国家基本公共卫生服务规范开展。
			预防接种服务	开展基本公共卫生服务预防接种。	按照国家基本公共卫生服务规范、预防接种工作规范开展。
			0~36个月儿童中医药管理服务	开展基本公共卫生0~36个月儿童中医药服务。	按照国家基本公共卫生服务规范开展。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
		基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履行约)。
			转诊服务	优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。	
			其他基本医疗服务项目	各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。如儿童常见眼病、口腔疾病、超重与肥胖、心理行为发育等相关医疗服务项目。	

适用人群		服务类型	服务项目	服务内容	服务要求
重点人群	残疾人	基本公共卫生服务和健康管理服务	居民健康档案管理服务	建立居民健康档案并维护管理。具备条件的，电子健康档案向签约居民个人开放。	由家庭医生通过面对面方式建立、完善居民健康档案。通过多种方式维护管理健康档案，至少每年动态更新1次。
			健康提醒与健康咨询服务	按照节气向签约居民推送健康生活方式、体重管理、膳食营养等健康提醒；至少每年1次了解签约居民健康状况，提供必要的健康指导。	在知情同意情况下，主动向居民提供每年不少于12次的健康提醒、每年不少于1次的健康咨询或健康指导服务。
			建立家庭医生和签约居民联系服务渠道	在签订服务协议时，主动告知家庭医生(团队)的联系方式和服务时间。	确保家庭医生联系方式真实可用，工作时间保持信息畅通。鼓励应用即时通讯软件和人工智能等技术，确保及时有效应答。
		基本医疗服务	门诊服务	结合地方实际，确定一定次数的常见病、多发病的一般诊疗服务纳入服务包。鼓励采用预约就诊的方式，由签约的家庭医生优先接诊。	由签约居民到基层医疗卫生机构接受服务(若签约居民在服务协议期内未到机构就诊或未使用服务协议中约定的服务项目，不视为未履约)。
	转诊服务		优先为签约居民提供转诊服务，预约上级医院门诊号源，预留一定比例专家号源。签约居民经家庭医生转诊到紧密型医联体内上级医院时，优先预约检查检验。		
	康复(功能)评估		根据基层医疗卫生机构服务能力和签约对象个人意愿，为各类残疾人提供康复需求筛查、康复(功能)评估。		
	其他基本医疗服务项目		各地结合实际，从属地医疗服务项目范围内遴选适宜的医疗服务项目纳入服务包。		