X

X

X

X

养老机构

长者 健 康 档 案

（模板）

姓　　名：_____

户籍地址：_____

联系电话：_____

床位号：_____

建档时间：_____年_____月____日

民生教育 MINSHENG

个人基本信息表

姓名： **编号：**

<table>
<tr><td>性　别</td><td colspan="3">0 未知的性别　1 男　2 女　9 未说明的性别　□</td><td>出生日期</td><td colspan="2">□□□□ □□ □□</td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td>工作单位</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>本人电话</td><td></td><td>联系人姓名</td><td></td><td>联系人电　话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>常住类型</td><td colspan="2">1 户籍　2 非户籍　□</td><td>民　族</td><td colspan="3">1 汉族 2 少数民族_____　□</td></tr>
<tr><td>血　型</td><td colspan="5">1 A 型　2 B 型　3 O 型　4 AB 型　5 不详 / RH 阴性：1 否　2 是　3 不详　□/□</td></tr>
<tr><td>文化程度</td><td colspan="5">1 文盲及半文盲　2 小学　3 初中　4 高中/技校/中专　5 大学专科及以上　6 不详 □</td></tr>
<tr><td>职　业</td><td colspan="5">1 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 2 专业技术人员 3 办事人员和有关人员 4 商业、服务业人员　5 农、林、牧、渔、水利业生产人员　6 生产、运输设备操作人员及有关人员　7 军人　8 不便分类的其他从业人员　□</td></tr>
<tr><td>婚姻状况</td><td colspan="5">1 未婚　2 已婚　3 丧偶　4 离婚　5 未说明的婚姻状况　□</td></tr>
<tr><td>医疗费用支付方式</td><td colspan="5">1 城镇职工基本医疗保险　2 城镇居民基本医疗保险　3 新型农村合作医疗 4 贫困救助　5 商业医疗保险　6 全公费　7 全自费　8 其他_____　□/□/□</td></tr>
<tr><td>药物过敏史</td><td colspan="5">1 无　有：2 青霉素　3 磺胺　4 链霉素　5 其他_____　□/□/□/□</td></tr>
<tr><td>暴 露 史</td><td colspan="5">1 无　有：2 化学品　3 毒物　4 射线　□/□/□</td></tr>
<tr><td rowspan="5">既往史</td><td>疾病</td><td colspan="5">1 无　2 高血压　3 糖尿病　4 冠心病　5 慢性阻塞性肺疾病　6 恶性肿瘤_____ 7 脑卒中　8 重性精神疾病　9 结核病　10 肝炎　11 其他法定传染病 12 职业病_____ 13 其他 _____
□ 确诊时间　年　月/ □ 确诊时间　年　月/ □ 确诊时间　年　月
□ 确诊时间　年　月/ □ 确诊时间　年　月/ □ 确诊时间　年　月</td></tr>
<tr><td>手 术</td><td colspan="5">1 无　2 有：名称 1 _____ 时间 _____ / 名称2 _____ 时间_____　□</td></tr>
<tr><td>外 伤</td><td colspan="5">1 无　2 有：名称 1 _____ 时间 _____ / 名称2 _____ 时间_____　□</td></tr>
<tr><td>输 血</td><td colspan="5">1 无　2 有：原因 1 _____ 时间 _____ / 原因2 _____ 时间_____　□</td></tr>
<tr><td rowspan="3">家 族 史</td><td>父　亲</td><td colspan="2">□/□/□/□/□/□_____</td><td>母　亲</td><td colspan="2">□/□/□/□/□/□_____</td></tr>
<tr><td>兄弟姐妹</td><td colspan="2">□/□/□/□/□/□_____</td><td>子　女</td><td colspan="2">□/□/□/□/□/□_____</td></tr>
<tr><td colspan="6">1 无　2 高血压　3 糖尿病　4 冠心病　5 慢性阻塞性肺疾病　6 恶性肿瘤　7 脑卒中 8 重性精神疾病　9 结核病　10 肝炎　11 先天畸形　12 其他</td></tr>
<tr><td>遗传病史</td><td colspan="5">1 无 2 有：疾病名称 _____　□</td></tr>
<tr><td>残疾情况</td><td colspan="5">1 无残疾 2 视力残疾 3 听力残疾 4 言语残疾 5 肢体残疾 6 智力残疾 7 精神残疾　8 其他残疾_____　□/□/□/□/□/□</td></tr>
<tr><td rowspan="5">生活环境*</td><td>厨房排风设施</td><td colspan="4">1 无　2 油烟机　3 换气扇　4 烟囱　□</td></tr>
<tr><td>燃料类型</td><td colspan="4">1 液化气　2 煤　3 天然气　4 沼气　5 柴火　6 其他　□</td></tr>
<tr><td>饮水</td><td colspan="4">1 自来水　2 经净化过滤的水　3 井水　4 河湖水　5 塘水 6 其他　□</td></tr>
<tr><td>厕所</td><td colspan="4">1 卫生厕所 2 一格或二格粪池式 3 马桶　4 露天粪坑　5 简易棚厕　□</td></tr>
<tr><td>禽畜栏</td><td colspan="4">1 单设　2 室内　3 室外　□</td></tr>
</table>

民生教育 MINSHENG

健康体检表

姓名： **编号：**

体检日期	年　月　日	责任医生	

内 容	检 查 项 目				
症状	1 无症状 2 头痛 3 头晕 4 心悸 5 胸闷 6 胸痛 7 慢性咳嗽 8 咳痰 9 呼吸困难 10 多饮 11 多尿 12 体重下降 13 乏力 14 关节肿痛 15 视力模糊 16 手脚麻木 17 尿急 18 尿痛 19 便秘 20 腹泻 21 恶心呕吐 22 眼花 23 耳鸣 24 乳房胀痛 25 其他 _____ □/□/□/□/□/□/□/□/□/□				
一般状况	体　温	℃	脉　率	次/分钟	
	呼吸频率	次/分钟	血　压	左 侧	/ mmHg
				右 侧	/ mmHg
	身　高	cm	体　重	kg	
	腰　围	cm	体质指数（BMI）	Kg/m^2	
	长者健康状态自我评估*	1 满意 2 基本满意 3 说不清楚 4 不太满意 5 不满意 □			
	长者生活自理能力自我评估	1 可自理（0～3 分） 2 轻度依赖（4～8 分） 3 中度依赖（9～18 分） 4 不能自理（≥19 分） □			
	长者认知功能*	1 粗筛阴性 2 粗筛阳性， 简易智力状态检查，总分_____ □			
	长者情感状态*	1 粗筛阴性 □ 2 粗筛阳性， 长者抑郁评分检查，总分_____			
生活方式	体育锻炼	锻炼频率	1 每天 2 每周一次以上 3 偶尔 4 不锻炼 □		
		每次锻炼时间	分钟	坚持锻炼时间	年
		锻炼方式			
	饮食习惯	1 荤素均衡 2 荤食为主 3 素食为主 4 嗜盐 5 嗜油 6 嗜糖 □/□/□			
	吸烟情况	吸烟状况	1 从不吸烟 2 已戒烟 3 吸烟 □		
		日吸烟量	平均 支		
		开始吸烟年龄	岁	戒烟年龄	岁
	饮酒情况	饮酒频率	1 从不 2 偶尔 3 经常 4 每天 □		
		日饮酒量	平均 两		
		是否戒酒	1 未戒酒 2 已戒酒，戒酒年龄：_____岁 □		
		开始饮酒年龄	岁	近一年内是否曾醉酒	1 是 2 否 □
		饮酒种类	1 白酒 2 啤酒 3 红酒 4 黄酒 5 其他_____ □/□/□/□		
	职业病危害因素接触史	1 无 2 有（工种_____从业时间____年） □ 毒物种类 粉尘_____ 防护措施 1 无 2 有____ □ 放射物质_____ 防护措施 1 无 2 有____ □ 物理因素_____ 防护措施 1 无 2 有____ □ 化学物质_____ 防护措施 1 无 2 有____ □ 其他_____ 防护措施 1 无 2 有____ □			

脏器功能	口　腔		口唇 1 红润 2 苍白 3 发绀 4 皲裂 5 疱疹 □ 齿列 1 正常 2 缺齿 ┼┼ 3 龋齿 ┼┼ 4 义齿(假牙)┼┼ □ 咽部 1 无充血 2 充血 3 淋巴滤泡增生 □
	视　力		左眼 _____右眼 _____ （矫正视力：左眼 _____右眼 _____）
	听　力		1 听见 2 听不清或无法听见 □
	运动功能		1 可顺利完成 2 无法独立完成其中任何一个动作 □
查体	眼　底*		1 正常 2 异常_____ □
	皮　肤		1 正常 2 潮红 3 苍白 4 发绀 5 黄染 6 色素沉着 7 其他_____ □
	巩　膜		1 正常 2 黄染 3 充血 4 其他_____ □
	淋巴结		1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他_____ □
	肺		桶状胸：1 否 2 是 □ 呼吸音：1 正常 2 异常_____ □ 罗　音：1 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他_____ □
	心　脏		心率 _____ 次/分钟 心律：1 齐 2 不齐 3 绝对不齐 □ 杂音：1 无 2 有_____ □
	腹　部		压痛：1 无 2 有_____ □ 包块：1 无 2 有_____ □ 肝大：1 无 2 有_____ □ 脾大：1 无 2 有_____ □ 移动性浊音：1 无 2 有_____ □
	下肢水肿		1 无 2 单侧 3 双侧不对称 4 双侧对称 □
	足背动脉搏动		1 未触及 2 触及双侧对称 3 触及左侧弱或消失 4 触及右侧弱或消失 □
	肛门指诊*		1 未及异常 2 触痛 3 包块 4 前列腺异常 5 其他_____ □
	乳　腺*		1 未见异常 2 乳房切除 3 异常泌乳 4 乳腺包块 5 其他___ □/□/□/□
	妇科*	外阴	1 未见异常 2 异常_____ □
		阴道	1 未见异常 2 异常_____ □
		宫颈	1 未见异常 2 异常_____ □
		宫体	1 未见异常 2 异常_____ □
		附件	1 未见异常 2 异常_____ □
	其　他*		
	血常规*		血红蛋白_____g/L 白细胞_____$\times 10^9$/L 血小板_____$\times 10^9$/L 其他_____
	尿常规*		尿蛋白_____尿糖_____尿酮体_____尿潜血_____ 其他_____
	空腹血糖*		_____mmol/L 或 _____mg/dL
	心电图*		1 正常 2 异常_____ □

辅助检查	尿微量白蛋白*	_____mg/dL
	大便潜血*	1 阴性　2 阳性　□
	糖化血红蛋白*	_____%
	乙型肝炎表面抗原*	1 阴性　2 阳性　□
	肝功能*	血清谷丙转氨酶_____U/L　血清谷草转氨酶 _____U/L 白蛋白_____g/L　总胆红素 _____μmol/L 结合胆红素 _____μmol/L
	肾功能*	血清肌酐_____μmol/L　血尿素氮_____mmol/L 血钾浓度_____mmol/L　血钠浓度_____mmol/L
	血　脂*	总胆固醇_____mmol/L　甘油三酯_____mmol/L 血清低密度脂蛋白胆固醇_____mmol/L 血清高密度脂蛋白胆固醇_____mmol/L
	胸部 X 线片*	1 正常　2 异常_____　□
	B　超*	1 正常　2 异常_____　□
	宫颈涂片*	1 正常　2 异常_____　□
	其　他*	
中医体质辨识*	平和质	1 是　2 基本是　□
	气虚质	1 是　2 倾向是　□
	阳虚质	1 是　2 倾向是　□
	阴虚质	1 是　2 倾向是　□
	痰湿质	1 是　2 倾向是　□
	湿热质	1 是　2 倾向是　□
	血瘀质	1 是　2 倾向是　□
	气郁质	1 是　2 倾向是　□
	特秉质	1 是　2 倾向是　□
现存主要健康问题	脑血管疾病	1 未发现　2 缺血性卒中　3 脑出血　4 蛛网膜下腔出血　5 短暂性脑缺血发作 6 其他_____　□/□/□/□/□
	肾脏疾病	1 未发现　2 糖尿病肾病　3 肾功能衰竭　4 急性肾炎　5 慢性肾炎 6 其他_____　□/□/□/□/□
	心脏疾病	1 未发现　2 心肌梗死　3 心绞痛　4 冠状动脉血运重建　5 充血性心力衰竭 6 心前区疼痛　7 其他_____　□/□/□/□/□
	血管疾病	1 未发现　2 夹层动脉瘤　3 动脉闭塞性疾病　4 其他_____　□/□/□
	眼部疾病	1 未发现　2 视网膜出血或渗出　3 视乳头水肿　4 白内障 5 其他_____　□/□/□
	神经系统疾病	1 未发现　2 有 _____　□
	其他系统疾病	1 未发现　2 有 _____　□

住院治疗情况	住院史	入/出院日期	原 因	医疗机构名称	病案号
		/			
		/			
	家 庭 病床史	建/撤床日期	原 因	医疗机构名称	病案号
		/			
		/			

主要用药情况	药物名称	用 法	用 量	用药时间	服药依从性 1 规律 2 间断 3 不服药
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				

非免疫规划预防接种史	名 称	接种日期	接种机构
	1		
	2		
	3		

健康评价	1 体检无异常 □ 2 有异常 异常 1 _____ 异常 2 _____ 异常 3 _____ 异常 4 _____

健康指导	1 纳入慢性病患者健康管理 2 建议复查 3 建议转诊 □/□/□/□	危险因素控制： □/□/□/□/□/□ 1 戒烟 2 健康饮酒 3 饮食 4 锻炼 5 减体重（目标 _____） 6 建议接种疫苗_____ 7 其他_____

长者生活自理能力评估表

该表为自评表，根据下表中 5 个方面进行评估，将各方面判断评分汇总后，0～3 分者为可自理；4～8 分者为轻度依赖；9～18 分者为中度依赖； ≥19 分者为不能自理。

评估事项内容与评分	程度等级				
	可自理	轻度依赖	中度依赖	不能自理	判断评分
（1）进餐：使用餐具将饭菜送入口、咀嚼、吞咽等活动 评　分	独立完成 0	— 0	需要协助，如切碎、搅拌食物等 3	完全需要帮助 5	
（2）梳洗：梳头、洗脸、刷牙、剃须洗澡等活动 评　分	独立完成 0	能独立地洗头、梳头、洗脸、刷牙、剃须等；洗澡需要协助 1	在协助下和适当的时间内，能完成部分梳洗活动 3	完全需要帮助 7	
（3）穿衣：穿衣裤、袜子、鞋子等活动 评　分	独立完成 0	— 0	需要协助，在适当的时间内完成部分穿衣 3	完全需要帮助 5	
（4）如厕：小便、大便等活动及自控 评　分	不需协助，可自控 0	偶尔失禁，但基本上能如厕或使用便具 1	经常失禁，在很多提示和协助下尚能如厕或使用便具 5	完全失禁，完全需要帮助 10	
（5）活动：站立、室内行走、上下楼梯、户外活动 评　分	独立完成所有活动 0	借助较小的外力或辅助装置能完成站立、行走、上下楼梯等 1	借助较大的外力才能完成站立、行走，不能上下楼梯 5	卧床不起，活动完全需要帮助 10	
总 评 分					
医 生 签 名					

服务对象签名	