

老年人中医药健康管理服务记录表

姓名：

编号：□□□□□□□□□□□□□□

请根据近一年的体验和感觉，回答以下问题。	没有 (根本不/从来没有)	很少 (有一点/偶尔)	有时 (有些/少数时间)	经常 (相当/多数时间)	总是 (非常/每天)	结果
(1) 您精力充沛吗?(指精神头足, 乐于做事)	1	2	3	4	5	
(2) 您容易疲乏吗?(指体力如何, 是否稍微活动一下或做一点家务劳动就感到累)	1	2	3	4	5	
(3) 您容易气短, 呼吸短促, 接不上气吗?	1	2	3	4	5	
(4) 您说话声音低弱无力吗?(指说话没有力气)	1	2	3	4	5	
(5) 您感到闷闷不乐、情绪低沉吗?(指心情不愉快, 情绪低落)	1	2	3	4	5	
(6) 您容易精神紧张、焦虑不安吗?(指遇事是否心情紧张)	1	2	3	4	5	
(7) 您因为生活状态改变而感到孤独、失落吗?	1	2	3	4	5	
(8) 您容易感到害怕或受到惊吓吗?	1	2	3	4	5	
(9) 您感到身体超重不轻松吗?(感觉身体沉重)	1 (BMI<24)	2 (24≤BMI<25)	3 (25≤BMI<26)	4 (26≤BMI<28)	5 (BMI≥28)	
(10) 您眼睛干涩吗?	1	2	3	4	5	
(11) 您手脚发凉吗?(不包含因周围温度低或穿的少导致的手脚发冷)	1	2	3	4	5	
(12) 您胃腕部、背部或腰膝部怕冷吗?(指上腹部、背部、腰部或膝关节等, 有一处或多处怕冷)	1	2	3	4	5	
(13) 您比一般人耐受不了寒冷吗?(指比别人容易害怕冬天或是夏天的冷空调、电扇等)	1	2	3	4	5	
(14) 您容易感冒吗?(指每年感冒的次数)	1 一年<2次	2 一年感冒 2-4次	3 一年感冒 5-6 次	4 一年 8 次以上	5 几乎每月 都感冒	
(15) 您没有感冒时也会鼻塞、流鼻涕吗?	1	2	3	4	5	
(16) 您有口粘口腻, 或睡眠打鼾吗?	1	2	3	4	5	
(17) 您容易过敏(对药物、食物、气味、花粉或在季节交替、气候变化时)吗?	1 从来没有	2 一年 1、2 次	3 一年 3、4 次	4 一年 5、 6 次	5 每次遇到 上述原因 都过敏	
(18) 您的皮肤容易起荨麻疹吗?(包括风团、风疹块、风疙瘩)	1	2	3	4	5	
(19) 您的皮肤在不知不觉中会出现青紫瘀块、皮下出血吗?(指皮肤在没有外伤的情况下出现青一块紫一块的情况)	1	2	3	4	5	
(20) 您的皮肤一抓就红, 并出现抓痕吗?(指被指甲或钝物划过后皮肤的反应)	1	2	3	4	5	
(21) 您皮肤或口唇干吗?	1	2	3	4	5	
(22) 您有肢体麻木或固定部位疼痛的感觉吗	1	2	3	4	5	
(23) 您面部或鼻部有油腻感或者油亮发光吗?(指脸上或鼻子)	1	2	3	4	5	
(24) 您面色或目眶晦暗, 或出现褐色斑块/斑点吗?	1	2	3	4	5	
(25) 您有皮肤湿疮吗?	1	2	3	4	5	
(26) 您感到口干咽燥、总想喝水吗?	1	2	3	4	5	

老年人中医药健康管理服务记录表

(27) 您感到口苦或嘴里有异味吗 ? (指口苦或口臭)	1	2	3	4	5				
(28) 您腹部肥大吗 ? (指腹部脂肪肥厚)	1 (腹围<80cm,相当于 2.4 尺)	2 (腹围 80-85cm,2.4-2.55 尺)	3 (腹围 86-90cm,2.56-2.7 尺)	4 (腹围 91-105cm,2.71-3.15 尺)	5 (腹围>105cm或 3.15 尺)				
(29) 您吃(喝)凉的东西会感到不舒服或者怕吃(喝)凉的东西吗 ? (指不喜欢吃凉的食物 , 或吃了凉的食物后会不舒服)	1	2	3	4	5				
(30) 您有大便粘滞不爽、解不尽的感觉吗 ? (大便容易粘在马桶或便坑壁上)	1	2	3	4	5				
(31) 您容易大便干燥吗 ?	1	2	3	4	5				
(32) 您舌苔厚腻或有舌苔厚厚的感觉吗 ? (如果自我感觉不清楚可由调查员观察后填写)	1	2	3	4	5				
(33) 您舌下静脉瘀紫或增粗吗 ? (可以调查员辅助观察后填写)	1	2	3	4	5				
体质类型	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质	特禀质	平和质
体质辨识	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>	1.得分 2.是 3.倾向是 <input type="checkbox"/>
中医药保健指导	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____	1.情志调摄 <input type="checkbox"/> 2.饮食调养 <input type="checkbox"/> 3.起居调摄 <input type="checkbox"/> 4.运动保健 <input type="checkbox"/> 5.穴位保健 <input type="checkbox"/> 6.其他 : _____
填表日期					医生签名				