

健康档案封面

编号

居民健康档案

姓 名: _____

现 住 址: _____

户籍地址: _____

联系电话: _____

乡镇(街道)名称: _____

村(居)委会名称: _____

建档单位: _____

建 档 人: _____

责任医生: _____

建档日期: _____

健康体检表

姓名：

编号：

体检日期				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 关键肿痛 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				
	呼吸频率			血压		左侧	-	
						右侧	-	
	身高			体重				
	腰围			体质指数 (BMI)				
	老年人健康状态自我评估*	1 满意 2 基本满意 3 说不清楚 4 不太满意 5 不满意					<input type="checkbox"/>	
	老年人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)					<input type="checkbox"/>	
	老年人认知功能*	1 粗筛阴性 2 粗筛阳性, 简易智力状态检查, 总分_____					<input type="checkbox"/>	
	老年人情感状态*	1 粗筛阴性 2 粗筛阳性, 老年人抑郁评分检查, 总分_____					<input type="checkbox"/>	
	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				<input type="checkbox"/>
每次锻炼时间					坚持锻炼时间			
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					<input type="checkbox"/>
		日吸烟量						
		开始吸烟年龄			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					<input type="checkbox"/>
		日饮酒量						
		是否戒酒	1 未戒酒 2 已戒酒 戒酒年龄： 岁					<input type="checkbox"/>
		开始饮酒年龄			近一年内是否曾醉酒	1 是 2 否		<input type="checkbox"/>
		饮酒种类	1 白酒 2 啤酒 3 红酒 4 黄酒 5 其他_____					<input type="checkbox"/>
职业病危害因素接触史		1 无 2 有 (工种 从业时间 年)						<input type="checkbox"/>
		毒物种类	粉尘	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>
			放射物质	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>
			物理因素	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>
			化学物质	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>
		其他	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>	

脏器功能	口腔	口唇 1 红润 2 苍白 3 发绀 4 皲裂 5 疱疹 <input type="checkbox"/>
		齿列 1 正常 2 缺齿 3 龋齿 4 义齿 (假牙) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100px; position: relative;"> </div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100px; position: relative;"> </div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100px; position: relative;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>
		咽部 1 无充血 2 充血 3 淋巴滤泡增生 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
查体	眼底*	1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
	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_____ <input type="checkbox"/>
	巩膜	1 正查 2 黄然 3 充血 4 其他_____ <input type="checkbox"/>
	淋巴结	1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他_____ <input type="checkbox"/>
	肺	桶状胸: 1 否 2 是_____ <input type="checkbox"/>
		呼吸音: 1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
		罗音: 1 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他_____ <input type="checkbox"/>
	心脏	心率_____次/分钟 心律 1 齐 2 不齐 3 绝对不齐 <input type="checkbox"/>
		杂音: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>
	腹部	压痛: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/>
		包块: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/>
		肝大: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/>
		脾大: 1 无 2 有 移动性浊音: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>
		有移动性浊音: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>
	下肢水肿	1 无 2 单侧 3 双侧不对称 4 双侧对称 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	肛门指诊*	1 未及异常 2 触痛 3 包块 4 前列腺异常 5 其他 <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>
	妇科*	1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
		1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
		1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
		1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
		1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
	其他*	<input type="checkbox"/>
辅助检查	血型	ABO _____ Rh* _____
	血常规*	血红蛋白 _____ g/L 白细胞 _____ x10 ⁹ /L 血小板 _____ x10 ⁹ /L 其他 _____
	尿常规*	尿蛋白 _____ 尿糖 _____ 尿酮体 _____ 尿潜血 _____ 其他 _____
	空腹血糖*	_____mmo/L 或 _____mg/dL
	同型半胱氨酸*	_____mg/dL
	尿微量蛋白*	_____mg/dL

辅助检查	大便潜血*	1 阴性 2 阳性 <input type="checkbox"/>			
	糖化血红蛋白*	_____ %			
	乙型肝炎表面抗原*	1 阴性 2 阳性 _____ mg/dL <input type="checkbox"/>			
	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 血钾浓度 _____ mmol/L			
	血脂*	总胆固醇 _____ mmol/L 甘油三酯 _____ mmol/L 血清低密度脂蛋白 _____ mmol/L 血清高密度脂蛋白 _____ mmol/L			
	心电图	1 正常 2 ST 段改变 3 陈旧性心肌梗塞 4 窦性心动过速 5 窦性心动过缓 6 早搏 7 房颤 8 房室传导阻滞 9 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	胸部 X 线片*	1 正常 2 异常 _____ <input type="checkbox"/>			
	B 超*	腹部 B 超：1 正常 2 异常 <input type="checkbox"/>			
		其他 1 正常 2 异常 <input type="checkbox"/>			
	宫颈涂片*	1 正常 2 异常 _____ <input type="checkbox"/>			
	其他				
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 6 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	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 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	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 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	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 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	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 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	神经系统疾病	1 未发现 2 阿尔茨海默症（老年痴呆症） 3 帕金森病 4 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	其他系统疾病	1 未发现 2 糖尿病 3 慢性支气管炎 4 慢性阻塞性肺气肿 5 恶性肿瘤 6 老年性骨关节病 7 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/>				
	2 有异常				
	异常 1 _____				
	异常 2 _____				
	异常 3 _____				
健康指导	1 定期随访			危险因素控制	
	2 纳入慢性病患者健康管理			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3 建议复查			1 戒烟 2 健康饮酒 3 饮食 4 锻炼	
	4 建议转诊			5 减体重 (目标)	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			6 建议接种疫苗 _____	
结果反馈	7 其他 _____				
	以上体检结果, 健康评价已面对面反馈本人(家属), 并已进行健康指导。				
	签字: _____ (本人) / _____ 家属 反馈人签字: _____ 反馈人时间: _____				

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) 您容易疲劳吗?(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				

老年人生活自理能力评估表

姓名：

身份证：

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 <div style="text-align: right;">评分</div>	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 <div style="text-align: right;">评分</div>	独立完成 0	能独立的洗头、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 <div style="text-align: right;">评分</div>	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 <div style="text-align: right;">评分</div>	不需协助，可自控 0	偶尔失禁，但基本能如厕或使用便具 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 <div style="text-align: right;">评分</div>	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					
下次随访目标					
下次随访日期			随访医生签名		