

社区居民健康管理系统 健康一体机报告

社区医院_____

老人姓名_____

档案编号_____

一、基本信息

姓 名_____ 性 别_____ 身份证号_____

年 龄_____ 责任医生_____ 联系方式_____

家庭住址_____

二、基本指标

身 高_____cm 体 重_____kg

体质指数(BMI)_____kg/mm 脂肪含量_____

体 温_____℃ 脉 率_____次/分钟

血 氧_____% 随机血糖_____mmol/L

餐前血糖_____mmol/L 餐后血糖_____mmol/L

收缩压 _____mmHg 舒张压 _____mmHg

三、医生意见

健康评价：

健康指导：

测量时间：_____