

附件

国家基本公共卫生服务规范（第三版）

国家卫生计生委

2017 年 2 月

附件 1

居民健康档案表单目录

- 1.居民健康档案封面
- 2.个人基本信息表
- 3.健康体检表
- 4.重点人群健康管理记录表（见各服务规范相关表单）
 - 4.1 0～6岁儿童健康管理记录表
 - 4.1.1 新生儿家庭访视记录表
 - 4.1.2 1～8月龄儿童健康检查记录表
 - 4.1.3 12～30月龄儿童健康检查记录表
 - 4.1.4 3～6岁儿童健康检查记录表
 - 4.1.5 男童生长发育监测图
 - 4.1.6 女童生长发育监测图
 - 4.2 孕产妇健康管理记录表
 - 4.2.1 第 1 次产前检查服务记录表
 - 4.2.2 第 2～5 次产前随访服务记录表
 - 4.2.3 产后访视记录表
 - 4.2.4 产后 42 天健康检查记录表
 - 4.3 高血压患者随访服务记录表
 - 4.4 2 型糖尿病患者随访服务记录表
 - 4.5 严重精神障碍患者管理记录表
 - 4.5.1 严重精神障碍患者个人信息补充表
 - 4.5.2 严重精神障碍患者随访服务记录表
 - 4.6 肺结核患者管理记录表
 - 4.6.1 肺结核患者第一次入户随访记录表
 - 4.6.2 肺结核患者随访服务记录表
 - 4.7 中医药健康管理服务记录表
 - 4.7.1 老年人中医药健康管理服务记录表
 - 4.7.2 儿童中医药健康管理服务记录表
- 5.其他医疗卫生服务记录表
 - 5.1 接诊记录表
 - 5.2 会诊记录表
- 6.居民健康信息卡

居民健康档案封面

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：_____年____月____日

个人基本信息表

姓 名： 编号 -

性 别		1 男 2 女 9 未说明的性别 0 未知的性别			出生日期						
身份证号					工作单位						
本人电话		联系人姓名			联系人电话						
常住类型		1 户籍 2 非户籍			民 族		01 汉族 99 少数民族 _____				
血 型		1 A 型 2 B 型 3 O 型 4 AB 型 5 不详 / Rh : 1 阴性 2 阳性 3 不详 /									
文化程度		1 研究生 2 大学本科 3 大学专科和专科学校 4 中等专业校 5 技工学校 6 高中 7 初中 8 小学 9 文盲及半文盲 10 不详									
职 业		1 国家机关、党群组织、企、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 8 无职业									
婚姻状况		1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况									
医疗费用 支付方式		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 _____									
药物过敏史		1 无 2 青霉素 3 磺胺 4 链霉素 5 其他 _____ / / /									
暴 露 史		1 无 2 化学品 3 毒物 4 射线 _____ / /									
既往史	疾 病	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 7 7 脑卒中 8 严重精神障碍 9 结核病 10 肝炎 11 其他法定传染病 12 职业病 _____ 13 13 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									
		手 术 1 无 2 有：名称 _____ 时间 _____ / 名称 _____ 时间 _____									
		外 伤 1 无 2 有：名称 _____ 时间 _____ / 名称 _____ 时间 _____									
		输 血 1 无 2 有：原因 _____ 时间 _____ / 原因 _____ 时间 _____									
	家 族 史		父 亲		/ / / / / _____			母 亲		/ / / / / _____	
兄弟姐妹			/ / / / / _____			子 女		/ / / / / _____			
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 严重精神障碍 9 结核病 10 肝炎 11 先天畸形 12 其他 _____											
遗传病史		1 无 2 有：疾病名称 _____									
残疾情况		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 _____ / / / / /									
生活环境 *		厨房排风设施		1 无 2 油烟机 3 换气扇 4 烟囱							
		燃料类型		1 液化气 2 煤 3 天然气 4 沼气 5 柴火 6 其他							
		饮水		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							
		厕所		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							
		禽畜栏		1 无 2 单设 3 室内 4 室外							

填表说明

1. 本表用于居民首次建立健康档案时填写。如果居民的个人信息有所变动，可在原条目处修改，并注明修改时间或重新填写。若失访，在空白处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。若迁出，记录迁往地点 基本情况、档案交接记录。 0~6 岁儿童无需填写该表。

2. 性别：按照国标分为男、女、未知的性别及未说明的性别。

3. 出生日期：根据居民身份证的出生日期，按照年（ 4 位）、月（ 2 位）、日（ 2 位）顺序填写，如 19490101。

4. 工作单位：应填写目前所在工作单位的全称。离退休者填写最后工作单位的全称；下岗待业或无工作经历者须具体注明。

5. 联系人姓名：填写与建档对象关系紧密的亲友姓名。

6. 民族：少数民族应填写全称，如彝族、回族等。

7. 血型：在前一个 “ ” 内填写与 ABO 血型对应编号的数字； 在后一个 “ ” 内填写是否为 ‘Rh 阴性 ’ 对应编号的数字。

8. 文化程度：指截至建档时间，本人接受国内外教育所取得的最高学历或现有水平所相当的学历。

9. 药物过敏史：表中药物过敏主要列出青霉素、磺胺或者链霉素过敏，如有其他药物过敏，请在其他栏中写明名称。

10. 既往史：

（ 1 ）疾病 填写现在和过去曾经患过的某种疾病，包括建档时还未治愈的慢性病或某些反复发作的疾病， 并写明确诊时间，如有恶性肿瘤，请填写具体的部位或疾病名称， 如有职业病，请填写具体名称。 对于经医疗单位明确诊断的疾病都应以一级及以上医院的正式诊断为依据，有病史卡的以卡上的疾病名称为准， 没有病史卡的应有证据证明是经过医院明确诊断的。可以多选。

（ 2 ）手术 填写曾经接受过的手术治疗。如有，应填写具体手术名称和手术时间。

（ 3 ）外伤 填写曾经发生的后果比较严重的外伤经历。如有，应填写具体外伤名称和发生时间。

（ 4 ）输血 填写曾经接受过的输血情况。如有，应填写具体输血原因和发生时间。

11. 家族史：指直系亲属（父亲、母亲、兄弟姐妹、子女）中是否患过所列出的具有遗传性或遗传倾向的疾病或症状。 有则选择具体疾病名称对应编号的数字， 可以多选。 没有列出的请在 ‘其他 ’ 中写明。


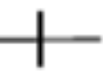
12. 生活环境：农村地区在建立居民健康档案时需根据实际情况选择填写此项。

附件 4

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		
	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					
	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)					
	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 _____					
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 _____						
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 _____ 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 *	腹部 B 超 1 正常 2 异常 _____			
		其他 1 正常 2 异常 _____			
宫颈涂片 *	1 正常 2 异常 _____				
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 短暂性脑缺血发 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 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 kg）			
				6 建议接种疫苗			
				7 其他 _____			

填表说明

1. 本表用于老年人、高血压、2 型糖尿病和严重精神障碍患者等的年度健康检查。一般居民的健康检查可参考使用，肺结核患者、孕产妇和 0~6 岁儿童无须填写该表。

2. 表中带有 * 号的项目，在为一般居民建立健康档案时不作为免费检查项目，不同重点人群的免费检查项目按照各专项服务规范的具体说明和要求执行。对于不同的人群，完整的健康体检表指按照相应服务规范要求做完相关检查并记录的表格。

3. 一般状况

体质指数 = 体重 (kg) / 身高的平方 (m²)。

老年人生活自理能力评估：65 岁及以上老年人需填写此项，详见老年人健康管理服务规范附件。

老年人认知功能粗筛方法：告诉被检查者“我将要说三件物品的名称（如铅笔、卡车、书），请您立刻重复”。过 1 分钟后请其再次重复。如被检查者无法立即重复或 1 分钟后无法完整回忆三件物品名称为粗筛阳性，需进一步行“简易智力状态检查量表”检查。

老年人情感状态粗筛方法：询问被检查者“你经常感到伤心或抑郁吗”或“你的情绪怎么样”。如回答“是”或“我想不是十分好”，为粗筛阳性，需进一步行“老年抑郁量表”检查。

4. 生活方式

体育锻炼：指主动锻炼，即有意识地为强体健身而进行的活动。不包括因工作或其他需要而必须进行的活动，如为上班骑自行车、做强体力工作等。锻炼方式填写最常采用的具体锻炼方式。

吸烟情况：“从不吸烟者”不必填写“日吸烟量”、“开始吸烟年龄”、“戒烟年龄”等。

饮酒情况：“从不饮酒者”不必填写其他有关饮酒情况项目，已戒酒者填写戒酒前相关情况，“日饮酒量”折合成白酒量。（啤酒 /10=白酒量，红酒 /4=白酒量，黄酒 /5=白酒量）。

职业暴露情况：指因患者职业原因造成的化学品、毒物或射线接触情况。如有，需填写具体化学品、毒物、射线名或填不详。

职业病危险因素接触史：指因患者职业原因造成的粉尘、放射物质、物理因素、化学物质的接触情况。如有，需填写具体粉尘、放射物质、物理因素、化学物质的名称或填不详。

5. 脏器功能

视力：填写采用对数视力表测量后的具体数值（为 5 分记录），对佩戴眼镜者，可戴其平时所用眼镜测量矫正视力。

听力：在被检查者耳旁轻声耳语“你叫什么姓名”（注意检查时检查者的脸应在被检查者视线之外），判断被检查者听力状况。

运动功能：请被检查者完成以下动作：“两手触枕后部”、“捡起这支笔”、“从椅子上站起，行走几步，转身，坐下。”判断被检查者运动功能。

6. 查体

如有异常请在横线上具体说明，如可触及的淋巴结部位、个数；心脏杂音描述；肝脾肋下触诊大小等。建议有条件的地区开展眼底检查，特别是针对高血压或糖尿病患者。

眼底：如果有异常，具体描述异常结果。

足背动脉搏动：糖尿病患者必须进行此项检查。

乳腺：检查外观有无异常，有无异常泌乳及包块。

妇科：外阴 记录发育情况及婚产式（未婚、已婚未产或经产式），如有异常情况请具体描述。

阴道 记录是否通畅，黏膜情况，分泌物量、色、性状以及有无异味等。

宫颈 记录大小、质地、有无糜烂、撕裂、息肉、腺囊肿；有无接触性出血、举痛等。

宫体 记录位置、大小、质地、活动度；有无压痛等。

附件 记录有无块物、增厚或压痛；若扪及块物，记录其位置、大小、质地；表面光滑与否、活动度、有无压痛以及与子宫及盆壁关系。左右两侧分别记录。

7. 辅助检查

该项目根据各地实际情况及不同人群情况，有选择地开展。老年人，高血压、2 型糖尿病和严重精神障碍患者的免费辅助检查项目按照各专项规范要求执行。

尿常规中的“尿蛋白、尿糖、尿酮体、尿潜血”可以填写定性检查结果，阴性填“-”，阳性根据检查结果填写“+”、“++”、“+++”或“++++”，也可以填写定量检查结果，定量结果需写明计量单位。

大便潜血、肝功能、肾功能、胸部 X 线片、B 超检查结果若有异常，请具体描述异常结果。其中 B 超写明检查的部位。65 岁及以上老年人腹部 B 超为免费检查项目。

其他：表中列出的检查项目以外的辅助检查结果填写在“其他”一栏。

8. 现存主要健康问题：指曾经出现或一直存在，并影响目前身体健康状况的疾病。可以多选。若有高血压、糖尿病等现患疾病或者新增的疾病需同时填写在个人基本信息表既往史一栏。

9. 住院治疗情况：指最近 1 年内的住院治疗情况。应逐项填写。日期填写年月，年份应填写 4 位。如因慢性病急性发作或加重而住院/家庭病床，请特别说明。医疗机构名称应写全称。

10. 主要用药情况：对长期服药的慢性病患者了解其最近 1 年内的主要用药情况，西药填写化学名及商品名，中药填写药品名称或中药汤剂，用法、用量按医生医嘱填写，用法指给药途径，如：口服、皮下注射等。用量指用药频次和剂量，如：每日三次，每次 5mg 等。用药时间指在此时间段内一共服用此药的时间，单位为年、月或天。服药依从性是指对此药的依从情况，“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

11. 非免疫规划预防接种史：填写最近 1 年内接种的疫苗的名称、接种日期和接种机构。

12. 健康评价：无异常是指无新发疾病、原有疾病控制良好无加重或进展，否则为有异常，填写具体异常情况，包括高血压、糖尿病、生活能力、情感筛查等身体和心理的异常情况。

13. 健康指导：纳入慢性病患者健康管理是指高血压、糖尿病、严重精神障碍患者等重点人群定期随访和健康体检。减体重的目标是指根据居民或患者的具体情况，制定下次体检之前需要减重的目标值。

附件 5

接诊记录表

姓名：

编号 -

就诊者的主观资料：

就诊者的客观资料：

评估：

处置计划：

医生签字：

接诊日期：_____年____月____日

填表说明：

1. 本表供居民由于急性或短期健康问题接受咨询或医疗卫生服务时使用，应以能够如实反映居民接受服务的全过程为目的、根据居民接受服务的具体情况填写。
2. 就诊者的主观资料：包括主诉、咨询问题和卫生服务要求等。
3. 就诊者的客观资料：包括查体、实验室检查、影像检查等结果。
4. 评估：根据就诊者的主、客观资料作出的初步印象、疾病诊断或健康问题评估。
5. 处置计划：指在评估基础上制定的处置计划，包括诊断计划、治疗计划、病人指导计划等。

附件 6

会诊记录表

姓名： 编号 -

会诊原因：

会诊意见：

会诊医生及其所在医疗卫生机构：

医疗卫生机构名称	会诊医生签字		

责任医生：_____

会诊日期：_____年____月____日

填表说明：

1. 本表供居民接受会诊服务时使用。
2. 会诊原因：责任医生填写患者需会诊的主要情况。
3. 会诊意见：责任医生填写会诊医生的主要处置、指导意见。
4. 会诊医生及其所在医疗卫生机构：填写会诊医生所在医疗卫生机构名称并签署会诊医生姓名。来自同一医疗卫生机构的会诊医生可以只填写一次机构名称，然后在同一行依次签署姓名。

附件 7

双向转诊单

存根

患者姓名 性别 年龄 档案编号

家庭住址 联系电话

于 年 月 日因病情需要，转入 单位

科室 接诊医生。

转诊医生（签字）：

年 月 日

双向转诊（转出）单

（机构名称）：

现有患者 性别 年龄 因病情需要，需转入贵单位，请予以接诊。

初步印象：

主要现病史（转出原因）：

主要既往史：

治疗经过：

转诊医生（签字）：

联系电话：

（机构名称）

年 月 日

- 填表说明
- 1．本表供居民双向转诊转出时使用，由转诊医生填写。
 - 2．初步印象：转诊医生根据患者病情做出的初步判断。
 - 3．主要现病史：患者转诊时存在的主要临床问题。

- 4．主要既往史：患者既往存在的主要疾病史。
5．治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。

双向转诊（回转）单

存 根

患者姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 病案号 _____
家庭住址 _____ 联系电话 _____
于 _____ 年 _____ 月 _____ 日因病情需要，转回 _____ 单位
_____ 接诊医生。

转诊医生（签字）：
年 月 日

双向转诊（回转）单

_____（机构名称）：
现有患者 _____ 因病情需要，现转回贵单位，请予以接诊。
诊断结果 _____ 住院病案号 _____
主要检查结果：

治疗经过、下一步治疗方案及康复建议：

转诊医生（签字）：
联系电话：
_____（机构名称）
年 月 日

填表说明：
1．本表供居民双向转诊回转时使用，由转诊医生填写。

- 2．主要检查结果：填写患者接受检查的主要结果。
- 3．治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。
- 4．康复建议：填写经治医生对患者转出后需要进一步治疗及康复提出的指导建议。

附件 8

居民健康档案信息卡

(正面)

姓名		性别		出生日期	年 月 日
健康档案编号				-	
ABO血型	A	B	O	AB	Rh 血型 R阴性 R阳性 不详
慢性病患者情况：					
无 高血压 糖尿病 脑卒中 冠心病 哮喘					
职业病 其他疾病					
过敏史：					

(反面)

家庭住址		家庭电话	
紧急情况联系人		联系人电话	
建档机构名称		联系电话	
责任医生或护士		联系电话	
其他说明：			

填表说明

- 1．居民健康档案信息卡为正反两面，根据居民信息如实填写，应与健康档案对应项目的填写内容一致。
- 2．过敏史：过敏主要指青霉素、磺胺、链霉素过敏，如有其他药物或食物等其他物质（如花粉、酒精、油漆等）过敏，请写明过敏物质名称。

附件 9

填表基本要求

一、基本要求

（一）档案填写一律用钢笔或圆珠笔，不得用铅笔或红色笔书写。字迹要清楚，书写要工整。数字或代码一律用阿拉伯数字书写。数字和编码不要填出格外，如果数字填错，用双横线将整笔数码划去，并在原数码上方工整填写正确的数码，切勿在原数码上涂改。

（二）在居民健康档案的各种记录表中，凡有备选答案的项目，应在该项目栏的“ ”内填写与相应答案选项编号对应的数字，如性别为男，应在性别栏“ ”内填写与“1 男”对应的数字 1。对于选择备选答案中“其他”或者是“异常”这一选项者，应在该选项留出的空白处用文字填写相应内容，并在项目栏的“ ”内填写与“其他”或者是“异常”选项编号对应的数字，如填写“个人基本信息表”中的既往疾病史时，若该居民曾患有“腰椎间盘突出症”，则在该项目中应选择“其他”，既要在“其他”选项后写明“腰椎间盘突出症”，同时在项目栏“ ”内填写数字 13。对各类表单中没有备选答案的项目用文字或数据在相应的横线上或方框内据情填写。

（三）在为居民提供诊疗服务过程中，涉及到疾病诊断名称时，疾病名称应遵循国际疾病分类标准 ICD-10 填写，涉及到疾病中医诊断病名及辨证分型时，应遵循《中医病证分类与代码》（GB/T15657 - 1995，TCD）。

二、居民健康档案编码

统一为居民健康档案进行编码，采用 17 位编码制，以国家统一的行政区划编码为基础，以乡镇（街道）为范围，村（居）委会为单位，编制居民健康档案唯一编码。同时将建档居民的身份证号作为统一的身份识别码，为在信息平台下实现资源共享奠定基础。

第一段为 6 位数字，表示县及县以上的行政区划，统一使用《中华人民共和国行政区划代码》（GB2260）；

第二段为 3 位数字，表示乡镇（街道）级行政区划，按照国家标准《县以下行政区划代码编码规则》（GB/T10114-2003）编制；

第三段为 3 位数字，表示村（居）民委员会等，具体划分为：001-099 表示居委会，101-199 表示村委会，901-999 表示其他组织；

第四段为 5 位数字，表示居民个人序号，由建档机构根据建档顺序编制。

在填写健康档案的其他表格时，必须填写居民健康档案编号，但只需填写后 8 位编码。

三、各类检查报告单据及转诊记录粘贴

服务对象在健康体检、 就诊、 会诊时所做的各种化验及检查的报告单据， 都应该粘贴留存归档。 可以有序地粘贴在相应健康体检表、 接诊记录表、 会诊记录表的后面。

双向转诊（转出）单存根与双向转诊（回转）单可另页粘贴，附在相应位置上与本人健康档案一并归档。

四、其他

各类表单中涉及的日期类项目，如体检日期、访视日期、会诊日期等，按照年（4位）、月（2位）、日（2位）顺序填写。

健康教育记录表

活动时间：	活动地点：
活动形式：	
活动主题：	
组织者：	
主讲人：	
接受健康教育人员类别：	接受健康教育人数：
健康教育资料发放种类及数量：	
活动内容：	
活动总结评价：	
存档材料请附后 书面材料 图片材料 印刷材料 影音材料 签到表 其他材料	

填表人（签字）：

负责人（签字）：

填表时间： 年 月 日

国家免疫规划疫苗儿童免疫程序表

疫苗种类		接种年（月）龄														
名称	缩写	出生时	1月	2月	3月	4月	5月	6月	8月	9月	18月	2岁	3岁	4岁	5岁	6岁
乙肝疫苗	HepB	1	2					3								
卡介苗	BCG	1														
脊灰灭活疫苗	IPV			1												
脊灰减毒活疫苗	OPV				1	2								3		
百白破疫苗	DTaP				1	2	3				4					
白破疫苗	DT															1
麻-风疫苗	MR								1							
麻腮风疫苗	MMR										1					
乙脑减毒活疫苗 或乙脑灭活疫苗 ¹	JE-L								1			2				
	JE-I								1、2			3				4
A群流脑多糖疫苗	MPSV-A							1		2						
A群C群流脑多糖疫苗	MPSV-AC												1			2
甲肝减毒活疫苗 或甲肝灭活疫苗 ²	HepA-L										1					
	HepA-I										1	2				

注：

1.起始免疫年（月）龄：免疫程序表所列各疫苗剂次的接种时间，是指可以接种该剂次疫苗的最小接种年（月）龄。

2.儿童年（月）龄达到相应疫苗的起始接种年（月）龄时，应尽早接种。建议在下述推荐的年龄之前完成国家免疫规划疫苗相应剂次的接种：

（1）乙肝疫苗第 1 剂：出生后 24 小时内完成。

（2）卡介苗：< 3 月龄完成。

（3）乙肝疫苗第 3 剂、脊灰疫苗第 3 剂、百白破疫苗第 3 剂、麻风疫苗、乙脑减毒活疫苗第 1 剂或乙脑灭活疫苗第 2 剂：< 12 月龄完成。

（4）A 群流脑多糖疫苗第 2 剂：< 18 月龄完成。

（5）麻腮风疫苗、甲肝减毒活疫苗或甲肝灭活疫苗第 1 剂、百白破疫苗第 4 剂：< 24 月龄完成。

（6）乙脑减毒活疫苗第 2 剂或乙脑灭活疫苗第 3 剂、甲肝灭活疫苗第 2 剂：< 3 周岁完成。

（7）A 群 C 群流脑多糖疫苗第 1 剂：< 4 周岁完成。

（8）脊灰疫苗第 4 剂：< 5 周岁完成。

（9）白破疫苗、A 群 C 群流脑多糖疫苗第 2 剂、乙脑灭活疫苗第 4 剂：< 7 周岁完成。

3．选择乙脑减毒活疫苗接种时，采用两剂次接种程序。选择乙脑灭活疫苗接种时，采用四剂次接种程序；乙脑灭活疫苗第 1、2 剂间隔 7～10 天；

4．选择甲肝减毒活疫苗接种时，采用一剂次接种程序。选择甲肝灭活疫苗接种时，采用两剂次接种程序。

附件 1

新生儿家庭访视记录表

姓名：

编号

—

性 别	1 男 2 女 9 未说明的性别 0 未知的性别		出生日期		
身份证号			家庭住址		
父 亲	姓名	职业	联系电话	出生日期	
母 亲	姓名	职业	联系电话	出生日期	
出生孕周 周		母亲妊娠期患病情况 1 无 2 糖尿病 3 妊娠期高血压 4 其他			
助产机构名称：		出生情况 1 顺产 2 胎头吸引 3 产钳 4 剖宫 5 双多胎 6 臀位 7 其他 /			
新生儿窒息 1 无 2 有 (Apgar 评分：1min 5min 不详)		畸型 1 无 2 有			
新生儿听力筛查： 1 通过 2 未通过 3 未筛查 4 不详					
新生儿疾病筛查： 1 未进行 2 检查均阴性 3 甲低 4 苯丙酮尿症 5 其他遗传代谢病 /					
新生儿出生体重 kg		目前体重 kg		出生身长 cm	
喂养方式 1 纯母乳 2 混合 3 人工		吃奶量 mL/ 次		吃奶次数 次/日	
呕吐 1 无 2 有		大便 1 糊状 2 稀 3 其他		大便次数 次/日	
体温		心率 次/分钟		呼吸频率 次/分钟	
面色 1 红润 2 黄染 3 其他		黄疸部位 1 无 2 面部 3 躯干 4 四肢 5 手足 / / /			
前囟 cm × cm 1 正常 2 膨隆 3 凹陷 4 其他					
眼睛 1 未见异常 2 异常		四肢活动度 1 未见异常 2 异常			
耳外观 1 未见异常 2 异常		颈部包块 1 无 2 有			
鼻 1 未见异常 2 异常		皮肤 1 未见异常 2 湿疹 3 糜烂 4 其他			
口腔 1 未见异常 2 异常		肛门 1 未见异常 2 异常			
心肺听诊 1 未见异常 2 异常		胸部 1 未见异常 2 异常			
腹部触诊 1 未见异常 2 异常		脊柱 1 未见异常 2 异常			
外生殖器 1 未见异常 2 异常					
脐带 1 未脱 2 脱落 3 脐部有渗出 4 其他					
转诊建议 1 无 2 有 原因： 机构及科室：					
指导 1 喂养指导 2 发育指导 3 防病指导 4 预防伤害指导 5 口腔保健指导 6.其他 / / / /					
本次访视日期 年 月 日			下次随访地点		
下次随访日期 年 月 日			随访医生签名		

填表说明：

1. 姓名：填写新生儿的姓名。如没有取名则填写母亲姓名+之男或之女。若不是以新生儿的身份纳入管理，则填写该表至“出生情况”一栏后，按照对应月龄填写其他的检查记录表。

2. 出生日期：按照年（4位）、月（2位）、日（2位）顺序填写，如 20080101。

3. 身份证号：填写新生儿身份证号，若无，可暂时空缺，待户口登记后再补填。

4. 父亲、母亲情况：分别填写新生儿父母的姓名、职业、联系电话、出生日期。

5. 出生孕周：指新生儿出生时母亲怀孕周数。

6. 助产机构名称：对于非住院分娩的情况写无。

7. 新生儿听力筛查：询问是否做过新生儿听力筛查，将询问结果相应在“通过”、“未通过”、“未筛查”上划“”。若不清楚在“不详”上划“”。

8. 新生儿疾病筛查：询问是否做过新生儿甲低、新生儿苯丙酮尿症及其他遗传代谢病的筛查，筛查过的在相应疾病上面划“”；若进行了其他遗传代谢病检查，将筛查的疾病名称填入。可多选。

9. 喂养方式：将询问结果在相应方式上划“”。

纯母乳喂养 指只给婴儿喂母乳，而不给其他任何的液体和固体食物。但允许在有医学指征的情况下，加喂药物、维生素和矿物质。

混合喂养 指婴儿喂母乳同时，喂其他乳类及乳制品。

人工喂养 指无母乳，完全给婴儿喂其他乳类和代乳品。

10. 吃奶量和吃奶次数：纯母乳或混合喂养儿童不必填写吃奶量。

11. 黄疸部位：可多选。

12. 查体

眼睛：婴儿有目光接触，眼球能随移动的物体移动，结膜无充血、溢泪、溢脓时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

耳外观：当外耳无畸形、外耳道无异常分泌物，无外耳湿疹，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

鼻：当外观正常且双鼻孔通气良好时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

口腔：当无唇腭裂、高腭弓、诞生牙、口炎及其他口腔异常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

胸部：当未闻及心脏杂音，心率和肺部呼吸音无异常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

腹部：肝脾触诊无异常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

四肢活动度：上下肢活动良好且对称，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

颈部包块：触摸颈部是否有包块，根据触摸结果，在“有”或“无”上划“”。

皮肤：当无色素异常，无黄疸、发绀、苍白、皮疹、包块、硬肿、红肿等，腋下、颈部、腹股沟部、臀部等皮肤皱褶处无潮红或糜烂时，判断为“未见异常”，可多选。

肛门：当肛门完整无畸形时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

外生殖器：当男孩无阴囊水肿、鞘膜积液、隐睾，女孩无阴唇粘连，外阴颜色正常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

13. 脐带：可多选。

14 指导：做了哪些指导请在对应的选项上划“”，可以多选，未列出的其他指导请具体填写。

15. 下次随访日期：根据儿童情况确定下次随访的日期，并告知家长。

附件 2

1 ~ 8月龄儿童健康检查记录表

姓名：

编号 -

月龄		满月	3 月龄	6 月龄	8 月龄
随访日期					
体重 /kg		上 中 下	上 中 下	上 中 下	上 中 下
身长 /cm		上 中 下	上 中 下	上 中 下	上 中 下
头围 /cm					
体格检查	面色	1 红润 2 黄染 3 其他	1 红润 2 黄染 3 其他	1 红润 2 其他	1 红润 2 其他
	皮肤	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	前囟	1 闭合 2 未闭 cm × cm	1 闭合 2 未闭 cm × cm	1 闭合 2 未闭 cm × cm	1 闭合 2 未闭 cm × cm
	颈部包块	1 有 2 无	1 有 2 无	1 有 2 无	——
	眼睛	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	耳	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	听力	——	——	1 通过 2 未通过	——
	口腔	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	出牙数（颗）	出牙数（颗）
	胸部	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	腹部	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	脐部	1 未脱 2 脱落 3 脐部有渗出 4 其他	1 未见异常 2 异常	——	——
	四肢	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	可疑佝偻病症状	——	1 无 2 夜惊 3 多汗 4 烦躁	1 无 2 夜惊 3 多汗 4 烦躁	1 无 2 夜惊 3 多汗 4 烦躁
	可疑佝偻病体征	——	1 无 2 颅骨软化	1 无 2 肋串珠 3 肋软骨沟 4 鸡胸 5 手足镯 6 颅骨软化 7 方颅	1 无 2 肋串珠 3 肋软骨沟 4 鸡胸 5 手足镯 6 颅骨软化 7 方颅
	肛门 /外生殖器	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
血红蛋白值	——	——	g/L	g/L	
户外活动		小时 /日	小时 /日	小时 /日	小时 /日
服用维生素 D		IU/ 日	IU/ 日	IU/ 日	IU/ 日
发育评估		-----	1.对很大声音没有反应 2.逗引时不发音或不会微笑 3.不注视人脸，不追视移动人或物品 4.俯卧时不会抬头	1.发音少，不会笑出声 2.不会伸手抓物 3.紧握拳松不开 4.不能扶坐	1.听到声音无应答 2.不会区分生人和熟人 3.双手间不会传递玩具 4.不会独坐
两次随访问患病情况		1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他
转诊建议		1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：
指导		1 科学喂养 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 科学喂养 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 科学喂养 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 科学喂养 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他
下次随访日期					
随访医生签名					

填表说明：

1. 填表时，按照项目栏的文字表述，将在对应的选项上划“ ”。若有其他异常，请具体描述。“——”表示本次随访时该项目不用检查。若失访，在随访日期处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。

2. 体重、身长：指检查时实测的具体数值。并根据国家卫生计生委选用的儿童生长发育评价标准，判断儿童体格发育情况，在相应的“上”、“中”、“下”上划“ ”。

3. 体格检查

(1) 满月：皮肤、颈部包块、眼外观、耳外观、心肺、腹部、脐部、四肢、肛门 /外生殖器的未见异常判定标准同新生儿家庭访视。满月及 3 月龄时，当无口炎及其他口腔异常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

(2) 3、6、8 月龄：

皮肤：当无皮疹、湿疹、增大的体表淋巴结等，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

眼睛：结膜无充血、溢泪、溢脓判断为“未见异常”，否则为“异常”。

耳外观：当外耳无湿疹、畸形、外耳道无异常分泌物时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

听力：6 月龄时使用行为测听的方法进行听力筛查。检查时应避开小儿的视线，从不同的方向给予不同强度的声音，观察孩子的反应，根据所给声音的大小，大致地估测听力正常与否。

口腔：3 月龄时，当无口炎及其他口腔异常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”，6 月龄和 8 月龄时按实际出牙数填写。

胸部：当未闻及心脏杂音，肺部呼吸音也无异常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

腹部：肝脾触诊无异常，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

脐部：无脐疝，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

四肢：上下肢活动良好且对称，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

可疑佝偻病症状：根据症状的有无在对应选项上划“ ”。

可疑佝偻病体征：根据体征的有无在对应选项上划“ ”。

肛门 /外生殖器：男孩无阴囊水肿，无鞘膜积液，无隐睾；女孩无阴唇粘连，肛门完整无畸形，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

血红蛋白值：6 月龄或者 8 月龄可免费测一次血常规（血红蛋白）。

4. 户外活动：询问家长儿童在户外活动的平均时间后填写。

5. 服用维生素 D：填写具体的维生素 D 名称、每日剂量，按实际补充量填写，未补充，填写“0”。

6. 发育评估：发现发育问题在相应序号上打“ ”。该年龄段任何一条预警征象阳性，提示有发育偏异的可能。

7. 两次随访问患病情况：填写上次随访到本次随访问儿童所患疾病情况，若有，填写具体疾病名称。

8. 指导：做了哪些指导请在对应的选项上划“ ”，可以多选，未列出的其他指导请具体填写。

9. 下次随访日期：根据儿童情况确定下次随访日期，并告知家长。

10. 满月：出生后 28-30 天；3 月（满 3 月至 3 月 29 天）；6 月（满 6 月至 6 月 29 天）；8 月（满 8 月至 8 月 29 天），其他月龄段的健康检查内容可以增加健康检查记录表，标注随访月龄和随访时间。

附件 3

12~30月龄儿童健康检查记录表

姓名：

编号

-

月（年）龄		12 月龄	18 月龄	24 月龄	30 月龄
随访日期					
体重 /kg		上 中 下	上 中 下	上 中 下	上 中 下
身高 (高)/cm		上 中 下	上 中 下	上 中 下	上 中 下
体格检查	面色	1 红润 2 其他	1 红润 2 其他	1 红润 2 其他	1 红润 2 其他
	皮肤	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	前囟	1 闭合 2 未闭 cm × cm	1 闭合 2 未闭 cm × cm	1 闭合 2 未闭 cm × cm	——
	眼睛	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	耳外观	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	听力	1 通过 2 未通过	——	1 通过 2 未通过	——
	出牙 /龋齿数（颗）	/	/	/	/
	胸部	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	腹部	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	四肢	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	步态	——	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	可疑佝偻病体征	1 无 2 肋串珠 3 肋软骨沟 4 鸡胸 5 手足镯 6 “O”型腿 7 “X”型腿	1 无 2 肋串珠 3 肋软骨沟 4 鸡胸 5 手足镯 6 “O”型腿 7 “X”型腿	1 无 2 肋串珠 3 肋软骨沟 4 鸡胸 5 手足镯 6 “O”型腿 7 “X”型腿	——
血红蛋白值	——	—— g/L	——	—— g/L	
户外活动	小时 /日	小时 /日	小时 /日	小时 /日	
服用维生素 D	IU/ 日	IU/ 日	IU/ 日	——	
发育评估	1.呼唤名字无反应 2.不会模仿 “再见” 或 “欢迎” 动作 3.不会用拇指对捏小物品 4.不会扶物站立	1.不会有意识叫 “爸爸” 或 “妈妈” 2.不会按要求指人或物 3.与人无目光交流 4.不会独走	1.不会说 3 个物品的名称 2.不会按吩咐做简单事情 3.不会用勺吃饭 4.不会扶栏上楼梯 /台阶	1.不会说 2-3个字的短语 2.兴趣单一、刻板 3.不会示意大小便 4.不会跑	
两次随访问患病情况	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	
转诊建议	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	
指 导	1 科学喂养 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 科学喂养 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 合理膳食 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 合理膳食 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	
下次随访日期					
随访医生签名					

填表说明：

1. 填表时，按照项目栏的文字表述，根据查体结果在对应的序号上划“ ”。“——”表示本次随访时该项目不用检查。若失访，在随访日期处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。

2. 体重、身长（高）：指检查时实测的具体数值。并根据国家卫生计生委选用的儿童生长发育评价标准，判断儿童体格发育情况，在相应的“上”、“中”、“下”上划“ ”。

3. 体格检查

皮肤：当无皮疹、湿疹、增大的体表淋巴结等，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

前囟：如果未闭，请填写具体的数值。

眼睛：结膜无充血、无溢泪、无流脓判断为“未见异常”，否则为“异常”。

耳外观：外耳无湿疹、畸形、外耳道无异常分泌物，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

听力：使用行为测听的方法进行听力筛查。检查时应避开小儿的视线，分别从不同的方向给予不同强度的声音，观察孩子的反应，根据所给声音的大小，大致地估测听力正常与否。

出牙/龋齿数（颗）：填入出牙颗数和龋齿颗数。出现褐色或黑褐色斑点或斑块，表面粗糙，甚至出现明显的牙体结构破坏为龋齿。

胸部：当未闻及心脏杂音，肺部呼吸音也无异常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

腹部：肝脾触诊无异常，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

四肢：上下肢活动良好且对称，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

步态：无跛行，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

可疑佝偻病体征：根据体征的有无在对应选项上划“ ”。

血红蛋白值：18月和30月可分别免费测一次血常规（或血红蛋白）。

4. 户外活动：询问家长儿童在户外活动的平均时间后填写。

5. 服用维生素D：填写具体的维生素D名称、每日剂量，按实际补充量填写，未补充，填写“0”。

6. 发育评估：发现发育问题在相应序号上打“ ”。该年龄段任何一条预警征象阳性，提示有发育偏异的可能。

7. 两次随访问患病情况：填写上次随访到本次随访问儿童所患疾病情况，若有，填写具体疾病名称。

8. 转诊建议：转诊无、有在相应数字上划“ ”。并将转诊原因及接诊机构名称填入。

9. 指导：做了哪些指导请在对应的选项上划“ ”，可以多选，未列出的其他指导请具体填写。

10. 下次随访日期：根据儿童情况确定下次随访的日期，并告知家长。

11. 12月（满12月至12月29天）；18月（满18月至18月29天）；24月（满24月至24月29天）；30月（满30月至30月29天），其他月龄段的健康检查内容可以增加健康检查记录表，标注随访月龄和随访时间。

附件4

3~6岁儿童健康检查记录表

姓名：

编号

-

月龄		3岁	4岁	5岁	6岁
随访日期					
体重/kg		上 中 下	上 中 下	上 中 下	上 中 下
身高/cm		上 中 下	上 中 下	上 中 下	上 中 下
体重/身高		上 中 下	上 中 下	上 中 下	上 中 下
体格发育评价		1 正常 2 低体重 3 消瘦 4 生长迟缓 5 超重	1 正常 2 低体重 3 消瘦 4 生长迟缓 5 超重	1 正常 2 低体重 3 消瘦 4 生长迟缓 5 超重	1 正常 2 低体重 3 消瘦 4 生长迟缓 5 超重
体格检查	视力	——			
	听力	1 通过 2 未过	——	——	——
	牙数（颗）/龋齿数	/	/	/	/
	胸部	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	腹部	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
	血红蛋白值 *	_____g/L	_____g/L	_____g/L	_____g/L
	其他				
发育评估		1.不会说自己的名字 2.不会玩“拿棍当马骑”等假想游戏 3.不会模仿画圆 4.不会双脚跳	1.不会说带形容词的句子 2.不能按要求等待或轮流 3.不会独立穿衣 4.不会单脚站立	1.不能简单叙述事情经过 2.不知道自己的性别 3.不会用筷子吃饭 4.不会单脚跳	1.不会表达自己的感受或想法 2.不会玩角色扮演 的集体游戏 3.不会画方形 4.不会奔跑
两次随访问患病情况		1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他	1 无 2 肺炎次 3 腹泻次 4 外伤次 5 其他
转诊建议		1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：__	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：
指导		1 合理膳食 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 合理膳食 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 合理膳食 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他	1 合理膳食 2 生长发育 3 疾病预防 4 预防伤害 5 口腔保健 6 其他
下次随访日期					
随访医生签名					

填表说明：

1．填表时，按照项目栏的文字表述，在对应的选项前划“ ”。若有其他异常，请具体描述。“——”表示本次随访时该项目不用检查。若失访，在随访日期处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。

2．体重、身高：指检查时实测的具体数值。并根据国家卫生计生委选用的儿童生长发育评价标准，判断儿童体格发育情况，在相应的“上”、“中”、“下”上划“ ”。

3．体重/身高：身高别体重，根据儿童身高体重评价标准进行判断。

4．体格检查

视力：填写具体数据，使用国际视力表或对数视力表均可。

听力：3岁时使用行为测听的方法进行听力筛查，将结果在相应数字上划“ ”。

牙数与龋齿数：据实填写牙齿数和龋齿数。出现褐色或黑褐色斑点或斑块，表面粗糙，甚至出现明显的牙体结构破坏为龋齿。

胸部：当未闻及心脏杂音，肺部呼吸音也无异常时，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

腹部：肝脾触诊无异常，判断为“未见异常”，否则为“异常”。

血红蛋白值：填写实际测查数据。4岁、5岁和6岁可分别免费测一次血常规（或血红蛋白）。

其他：将体格检查中需要记录又不在标目限制范围之内的内容时记录在此。

5．发育评估：发现发育问题在相应序号上打“ ”。该年龄段任何一条预警征象阳性，提示有发育偏异的可能。

6．两次随访问患病情况：在所患疾病后填写次数。

7．其他：当有表格上未列入事宜，但须记录时，在“其他”栏目上填写。

8．指导：做了哪些指导请在对应的选项上划“ ”，可以多选，未列出的其他指导请具体填写。

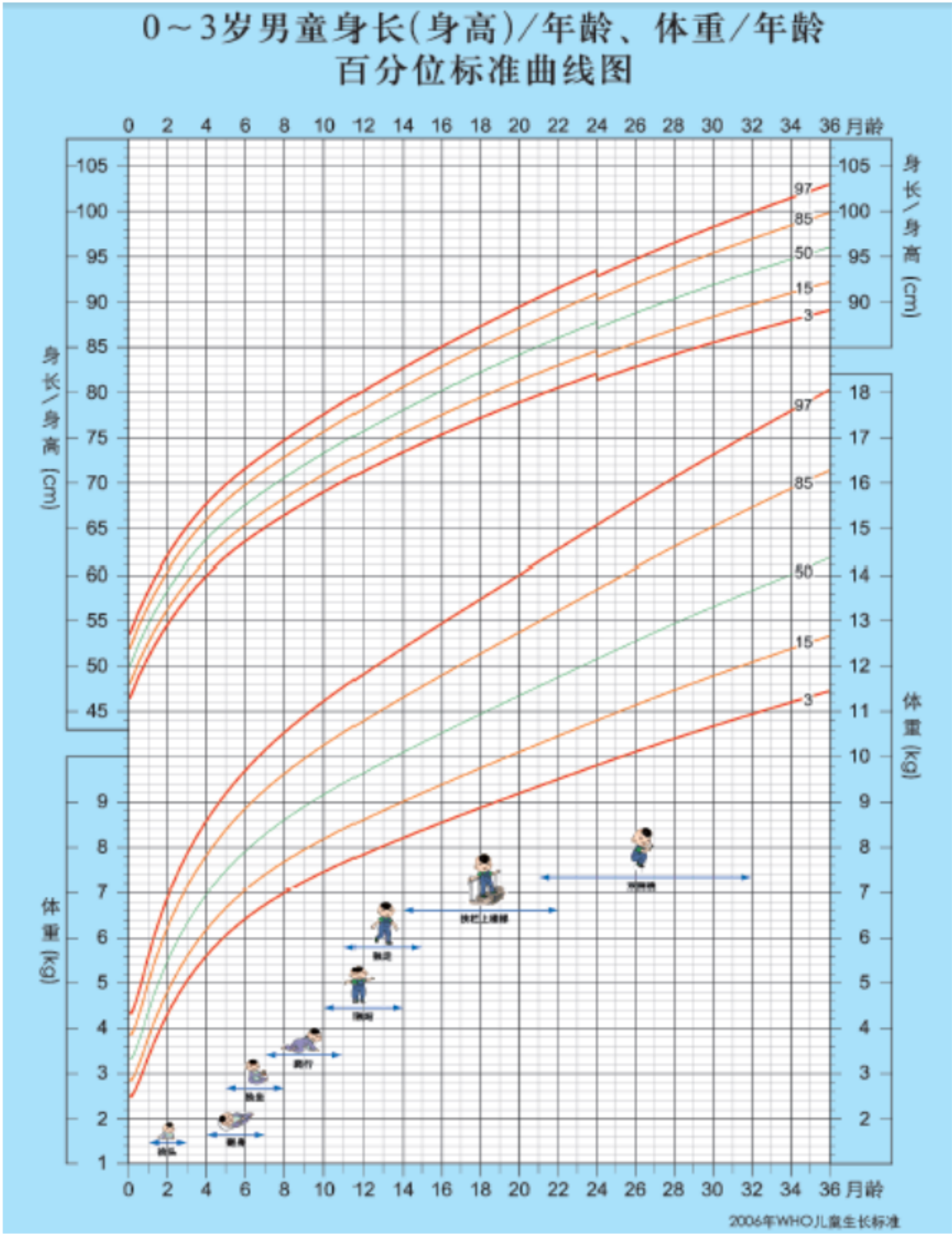
9．下次随访日期：根据儿童情况确定下次随访的日期，并告知家长。

10．3岁（满3周岁至3周岁11个月29天）；4岁（满4周岁至4周岁11个月29天）；5岁（满5周岁至5周岁11个月29天）；6岁（满6周岁至6周岁11个月29天），其他年龄段的健康检查内容可以增加健康检查记录表，标注随访月龄和随访时间。

附件 5

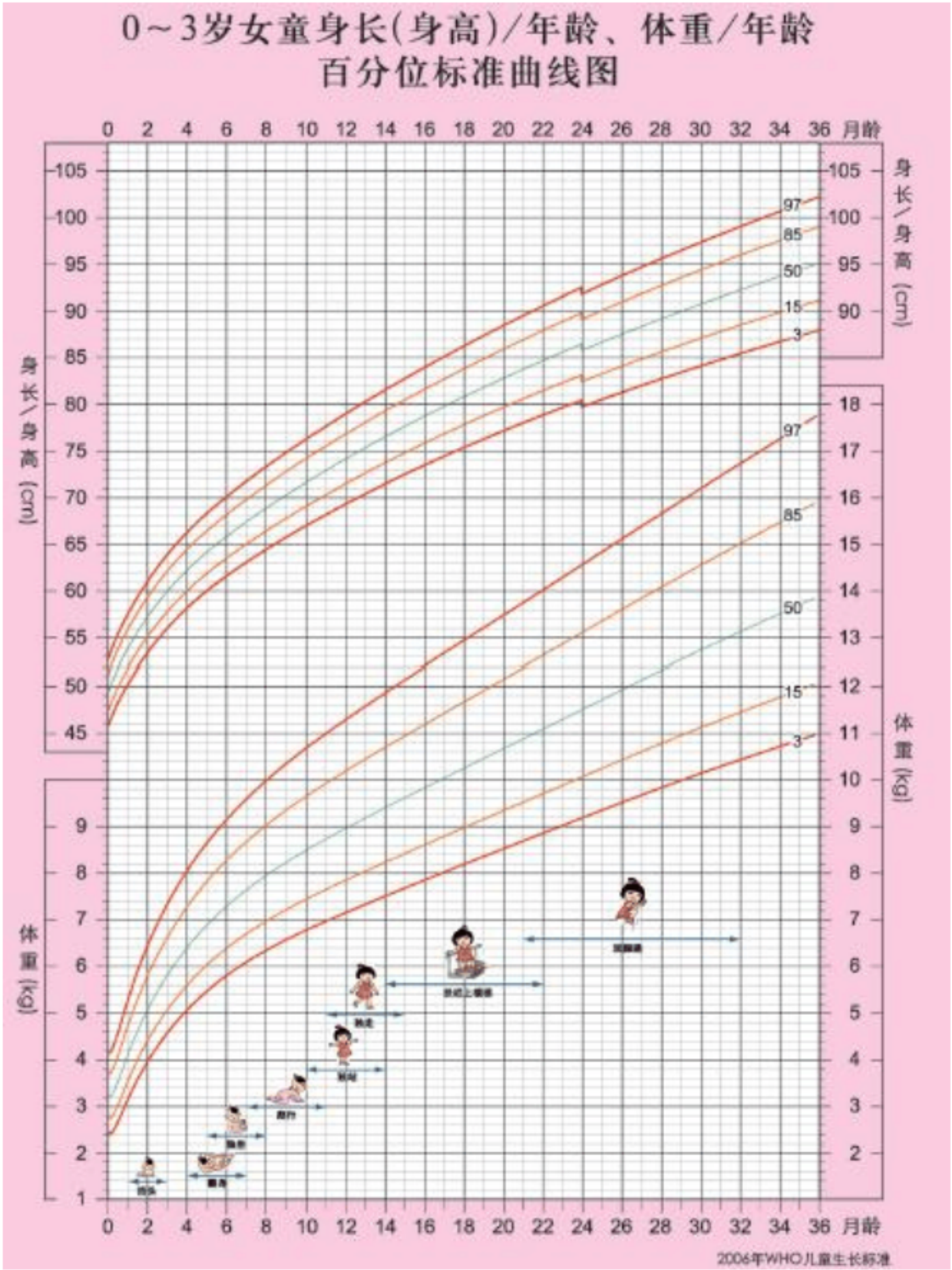
男童生长发育监测图

姓名： 编号 -



女童生长发育监测图

姓名： 编号 -



第 1 次产前检查服务记录表

姓名：

编号

—

填表日期	年 月 日		孕周	周	
孕妇年龄					
丈夫姓名		丈夫年龄		丈夫电话	
孕 次		产 次	阴道分娩次 剖宫产次		
末次月经	年 月 日或不详	预 产 期	年 月 日		
既往史	1 无 2 心脏病 3 肾脏疾病 4 肝脏疾病 5 高血压 6 贫血 7 糖尿病 8 其他 / / / / / /				
家族史	1 无 2 遗传性疾病史 3 精神疾病史 4 其他 / /				
个人史	1 无特殊 2 吸烟 3 饮酒 4 服用药物 5 接触有毒有害物质 6 接触放射线 7 其他 / / / / /				
妇产科手术史	1 无 2 有				
孕产史	1 自然流产 2 人工流产 3 死胎 4 死产 5 新生儿死亡 6 出生缺陷儿				
身 高	cm		体重	Kg	
体质指数 (BMI)	kg/m ²		血压	/ mmHg	
听 诊	心脏：1 未见异常 2 异常		肺部：1 未见异常 2 异常		
妇科检查	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		子宫：1 未见异常 2 异常		
	附件：1 未见异常 2 异常				
辅助检查	血常规		血红蛋白值 g/L 白细胞计数值 /L 血小板计数值 /L 其他		
	尿常规		尿蛋白尿糖尿酮体尿潜血其他		
	血型	ABO			
		Rh*			
	血糖 *		mmol/L		
	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 mmol/L		
	阴道分泌物 *		1 未见异常 2 滴虫 3 假丝酵母菌 4 其他 / /		
			阴道清洁度：1 度 2 度 3 度 4 度		
	乙型肝炎		乙型肝炎表面抗原乙型肝炎表面抗体 * 乙型肝炎 e 抗原 * 乙型肝炎 e 抗体 * 乙型肝炎核心抗体 *		
	梅毒血清学试验 *		1 阴性 2 阳性		
	HIV 抗体检测 *		1 阴性 2 阳性		
B 超*					
其他 *					
总体评估	1 未见异常 2 异常				
保健指导	1 生活方式 2 心理 3 营养 4 避免致畸因素和疾病对胚胎的不良影响 5 产前筛查宣传告知 6 其他 / / / /				
转诊 1 无 2 有 原因：机构及科室：					
下次随访日期	年 月 日		随访医生签名		

填表说明：

1. 本表由医生在第一次接诊孕妇（尽量在孕 13 周前）时填写。若未建立居民健康档案，需同时建立。随访时填写各项目对应情况的数字。
2. 孕周：填写此表时孕妇的怀孕周数。
3. 孕次：怀孕的次数，包括本次妊娠。
4. 产次：指此次怀孕前，孕期超过 28 周的分娩次数。
5. 末次月经：此怀孕前最后一次月经的第一天。
6. 预产期：可按照末次月经推算，为末次月经日期的月份加 9 或减 3，为预产期月份数；天数加 7，为预产期日。
7. 既往史：孕妇曾经患过的疾病，可以多选。
8. 家族史：填写孕妇父亲、母亲、丈夫、兄弟姐妹或其他子女中是否曾患遗传性疾病或精神疾病，若有，请具体说明。
9. 个人史：可以多选。
10. 妇产科手术史：孕妇曾经接受过的妇科手术和剖宫产手术。
11. 孕产史：根据具体情况填写，若有，填写次数，若无，填写 0。
12. 体质指数（BMI）= 体重（kg）/ 身高的平方（ m^2 ）。
13. 体格检查、妇科检查及辅助检查：进行相应检查，并填写检查结果。标有 * 的项目尚未纳入国家基本公共卫生服务项目，其中梅毒血清学试验、HIV 抗体检测检查为重大公共卫生服务免费测查项目。
14. 总体评估：根据孕妇总体情况进行评估，若发现异常，具体描述异常情况。
15. 保健指导：填写相应的保健指导内容，可以多选。
16. 转诊：若有需转诊的情况，具体填写。
17. 下次随访日期：根据孕妇情况确定下次随访日期，并告知孕妇。
18. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

附件 2

第 2~ 5 次产前随访服务记录表

姓名： 编号 -

项 目		第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 5 次
(随访 /督促)日期					
孕周					
主 诉					
体重 (kg)					
产 科 检 查	宫底高度 (cm)				
	腹围 (cm)				
	胎位				
	胎心率 (次 /分钟)				
血压 (mmHg)		/	/	/	/
血红蛋白 (g/L)					
尿蛋白					
其他辅助检查 *					
分 类		1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常	1 未见异常 2 异常
指 导		1.生活方式 2.营养 3.心理 4.运动 5 其他	1.生活方式 2.营养 3.心理 4.运动 5.自我监护 6.母乳喂养 7 其他	1.生活方式 2.营养 3.心理 4.运动 5.自我监测 6.分娩准备 7.母乳喂养 8 其他	1.生活方式 2.营养 3.心理 4.运动 5.自我监测 6.分娩准备 7.母乳喂养 8 其他
转 诊		1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：	1 无 2 有 原因： 机构及科室：
下次随访日期					
随访医生签名					

填表说明：

- 1．孕周：此次随访时的妊娠周数。
- 2．主诉：填写孕妇自述的主要症状和不适。
- 3．体重：填写此次测量的体重。
- 4．产科检查：按照要求进行产科检查，填写具体数值。
- 5．血红蛋白、尿蛋白：填写血红蛋白、尿蛋白检测结果。
- 6．其他辅助检查：若有，填写此处。
- 7．分类：根据此次随访的情况，对孕妇进行分类，若发现异常，写明具体情况。
- 8．指导：可以多选，未列出的其他指导请具体填写。
- 9．转诊：若有需转诊的情况，具体填写。
- 10．下次随访日期：根据孕妇情况确定下次随访日期，并告知孕妇。
- 11．随访医生签名：随访完毕，核查无误后医生签名。
- 12．第 2～5 次产前随访服务，应该在确定好的有助产技术服务资质的医疗卫生机构进行相应的检查，并填写相关结果；没有条件的基层医疗卫生机构督促孕产妇前往有资质的机构进行相关随访，注明督促日期，无需填写相关记录。
13. 若失访，在随访日期处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。

附件 3

产后访视记录表

姓名： 编号 -

随访日期	年 月 日		
分娩日期	年 月 日	出院日期	年 月 日
体温（ ）			
一般健康情况			
一般心理状况			
血压 (mmHg)			
乳 房	1 未见异常 2 异常 _____		
恶 露	1 未见异常 2 异常 _____		
子 宫	1 未见异常 2 异常 _____		
伤 口	1 未见异常 2 异常 _____		
其 他			
分 类	1 未见异常 2 异常 _____		
指 导	1 个人卫生 2 心理 3 营养 4 母乳喂养 5 新生儿护理与喂养 6 其他 / / / /		
转 诊	1 无 2 有 原因： 机构及科室：		
下次随访日期			
随访医生签名			

填表说明：

- 1．本表为产妇出院后一周内由医务人员到产妇家中进行产后检查时填写。
- 2．一般健康状况：对产妇一般情况进行检查，具体描述并填写。
- 3．一般心理状况：评估产妇是否有产后抑郁的症状。
- 4．血压：测量产妇血压，填写具体数值。
- 5．乳房、恶露、子宫、伤口：对产妇进行检查，若有异常，具体描述。
- 6．分类：根据此次随访情况，对产妇进行分类，若为其他异常，具体写明情况。
- 7．指导：可以多选，未列出的其他指导请具体填写。
- 8．转诊：若有需转诊的情况，具体填写。
- 9．随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签名。

附件 4

产后 42 天健康检查记录表

姓名： 编号 -

随访日期	年 月 日		
分娩日期	年 月 日	出院日期	年 月 日
一般健康情况			
一般心理状况			
血 压 (mmHg)			
乳 房	1 未见异常 2 异常 _____		
恶 露	1 未见异常 2 异常 _____		
子 宫	1 未见异常 2 异常 _____		
伤 口	1 未见异常 2 异常 _____		
其 他			
分 类	1 已恢复 2 未恢复 _____		
指 导	1 心理保健 / / / / 2 性保健与避孕 3 婴儿喂养 4 产妇营养 5 其他 _____		
处 理	1 结案 2 转诊 原因： _____ 机构及科室： _____		
随访医生签名			

填表说明：

- 1．一般健康状况：对产妇一般情况进行检查，具体描述并填写。
- 2. 一般心理状况：评估是否有产后抑郁的症状。
- 3．血压：如有必要，测量产妇血压，填写具体数值。
- 4．乳房、恶露、子宫、伤口：对产妇进行检查，若有异常，具体描述。
- 5．分类：根据此次随访情况，对产妇进行分类，若为未恢复，具体写明情况。
- 6．指导：可以多选，未列出的其他指导请具体填写。
- 7．处理：若产妇已恢复正常，则结案。若有需转诊的情况，具体填写。
- 8．随访医生签名：检查完毕，核查无误后检查医生签名。
- 9．若失访，在随访日期处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。

附件

老年人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
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	
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	
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	
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	
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	
总得分					

附件

高血压患者随访服务记录表

姓名： 编号 -

随访日期		年月日		年月日		年月日		年月日	
随访方式		1门诊 2家庭 3电话		1门诊 2家庭 3电话		1门诊 2家庭 3电话		1门诊 2家庭 3电话	
症状	1 无症状	/ / / / / / /		/ / / / / / /		/ / / / / / /		/ / / / / / /	
	2 头痛头晕								
	3 恶心呕吐								
	4 眼花耳鸣								
	5 呼吸困难								
	6 心悸胸闷								
	7 鼻衄出血不止								
	8 四肢发麻								
	9 下肢水肿								
	体征	血压（ mmHg ）							
体重（ kg）		/		/		/		/	
体质指数 （ BMI） （ kg/m ² ）		/		/		/		/	
心率 （ 次 /分钟 ）									
其 他									
生活方式指导	日吸烟量（ 支 ）	/		/		/		/	
	日饮酒量（ 两 ）	/		/		/		/	
	运动	次 / 周分钟 / 次 次 / 周分钟 / 次		次 / 周分钟 / 次 次 / 周分钟 / 次		次 / 周分钟 / 次 次 / 周分钟 / 次		次 / 周分钟 / 次 次 / 周分钟 / 次	
	摄盐情况 （ 咸淡 ）	轻 / 中 / 重 / 轻 / 中 / 重		轻 / 中 / 重 / 轻 / 中 / 重		轻 / 中 / 重 / 轻 / 中 / 重		轻 / 中 / 重 / 轻 / 中 / 重	
	心理调整	1 良好 2 一般 3 差		1 良好 2 一般 3 差		1 良好 2 一般 3 差		1 良好 2 一般 3 差	
	遵医行为	1 良好 2 一般 3 差		1 良好 2 一般 3 差		1 良好 2 一般 3 差		1 良好 2 一般 3 差	
辅助检查 *									
服药依从性		1 规律 2 间断 3 不服药		1 规律 2 间断 3 不服药		1 规律 2 间断 3 不服药		1 规律 2 间断 3 不服药	
药物不良反应		1 无 2 有		1 无 2 有		1 无 2 有		1 无 2 有	
此次随访分类		1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症		1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症		1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症		1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症	
用药情况	药物名称 1								
	用法用量	每日次	每次	每日次	每次	每日次	每次	每日次	每次
	药物名称 2								
	用法用量	每日次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次
	药物名称 3								
	用法用量	每日次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次
	其他药物								
	用法用量	每日次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次
转诊	原因								
	机构及科别								
下次随访日期									
随访医生签名									

填表说明：

1. 本表为高血压患者在接受随访服务时由医生填写。每年的健康体检后填写健康体检表。若失访，在随访日期处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。

2. 体征：体质指数（BMI）= 体重（kg）/身高的平方（ m^2 ），体重和体质指数斜线前填写目前情况，斜线后填写下次随访时应调整到的目标。如果是超重或是肥胖的高血压患者，要求每次随访时测量体重并指导患者控制体重；正常体重人群可每年测量一次体重及体质指数。如有其他阳性体征，请填写在“其他”一栏。

3. 生活方式指导：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导，与患者共同制定下次随访目标。

日吸烟量：斜线前填写目前吸烟量，不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“ \times 支”，斜线后填写吸烟者下次随访目标吸烟量“ \times 支”。

日饮酒量：斜线前填写目前饮酒量，不饮酒填“0”，饮酒者写出每天的饮酒量相当于白酒“ \times 两”，斜线后填写饮酒者下次随访目标饮酒量相当于白酒“ \times 两”。（啤酒/10=白酒量，红酒/4=白酒量，黄酒/5=白酒量）。

运动：填写每周几次，每次多少分钟。即“ \times 次/周， \times 分钟/次”。横线上填写目前情况，横线下填写下次随访时应达到的目标。

摄盐情况：斜线前填写目前摄盐的咸淡情况。根据患者饮食的摄盐情况，按咸淡程度在列出的“轻、中、重”之一上划“ ”分类，斜线后填写患者下次随访目标摄盐情况。

心理调整：根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为：指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

4. 辅助检查：记录患者上次随访到这次随访之间在各医疗机构进行的辅助检查结果。

5. 服药依从性：“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

6. 药物不良反应：如果患者服用的降压药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

7. 此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由随访医生在4种分类结果中选择一项在“ ”中填上相应的数字。“控制满意”是指血压控制满意，无其他异常、“控制不满意”是指血压控制不满意，无其他异常、“不良反应”是指存在药物不良反应、“并发症”是指出现新的并发症或并发症出现异常。如果患者同时并存几种情况，填写最严重的一种情况，同时结合上次随访情况确定患者下次随访时间，并告知患者。

8. 用药情况：根据患者整体情况，为患者开具处方，并填写在表格中，写明用法、用量。同时记录其他医疗卫生机构为其开具的处方药。

9. 转诊：如果转诊要写明转诊的医疗机构及科室类别，如“ \times 市人民医院心内科”，并在原因一栏写明转诊原因。

10. 下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

11. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

附件

2 型糖尿病患者随访服务记录表

姓名：

编号 -

随访日期					
随访方式		1 门诊 2 家庭 3 电话	1 门诊 2 家庭 3 电话	1 门诊 2 家庭 3 电话	1 门诊 2 家庭 3 电话
症状	1 无症状 2 多饮 3 多食 4 多尿 5 视力模糊 6 感染 7 手脚麻木 8 下肢浮肿 9 体重明显下降	///	///	///	///
	其他	其他	其他	其他	其他
体征	血压（ mmHg ）				
	体重（ kg ）	/	/	/	/
	体质指数（ kg/m ² ）	/	/	/	/
	足背动脉搏动	1 触及正常 2 减弱（ 双侧 左侧 右侧 ） 3 消失（ 双侧 左侧 右侧 ）	1 触及正常 2 减弱（ 双侧 左侧 右侧 ） 3 消失（ 双侧 左侧 右侧 ）	1 触及正常 2 减弱（ 双侧 左侧 右侧 ） 3 消失（ 双侧 左侧 右侧 ）	1 触及正常 2 减弱（ 双侧 左侧 右侧 ） 3 消失（ 双侧 左侧 右侧 ）
	其 他				
生活方式指导	日吸烟量	/ 支	/ 支	/ 支	/ 支
	日饮酒量	/ 两	/ 两	/ 两	/ 两
	运 动	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次
	主食（ 克 /天 ）	/	/	/	/
	心理调整	1 良好 2 一般 3 差	1 良好 2 一般 3 差	1 良好 2 一般 3 差	1 良好 2 一般 3 差
	遵医行为	1 良好 2 一般 3 差	1 良好 2 一般 3 差	1 良好 2 一般 3 差	1 良好 2 一般 3 差
辅助检查	空腹血糖值	mmol/L	mmol/L	mmol/L	mmol/L
	其他检查 *	糖化血红蛋白 % 检查日期：月日	糖化血红蛋白 % 检查日期：月日	糖化血红蛋白 % 检查日期：月日	糖化血红蛋白 % 检查日期：月日
服药依从性		1 规律 2 间断 3 不服药	1 规律 2 间断 3 不服药	1 规律 2 间断 3 不服药	1 规律 2 间断 3 不服药
药物不良反应		1 无 2 有	1 无 2 有	1 无 2 有	1 无 2 有
低血糖反应		1 无 2 偶尔 3 频繁	1 无 2 偶尔 3 频繁	1 无 2 偶尔 3 频繁	1 无 2 偶尔 3 频繁
此次随访分类		1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症
用药情况	药物名称 1				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 2				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 3				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	胰岛素	种类： 用法和用量：	种类： 用法和用量：	种类： 用法和用量：	种类： 用法和用量：
转诊	原 因				
	机构及科别				
下次随访日期					
随访医生签名					

填表说明：

1. 本表为 2 型糖尿病患者在接受随访服务时由医生填写。每年的健康体检填写健康体检表。若失访，在随访日期处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。

2. 体征：体质指数（BMI）= 体重（kg）/ 身高的平方（ m^2 ），体重和体质指数斜线前填写目前情况，斜线后填写下次随访时应调整到的目标。如果是超重或是肥胖的患者，要求每次随访时测量体重并指导患者控制体重；正常体重人群可每年测量一次体重及体质指数。如有其他阳性体征，请填写在“其他”一栏。

3. 生活方式指导：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导，与患者共同制定下次随访目标。

日吸烟量：斜线前填写目前吸烟量，不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“ \times 支”，斜线后填写吸烟者下次随访目标吸烟量“ \times 支”。

日饮酒量：斜线前填写目前饮酒量，不饮酒填“0”，饮酒者写出每天的饮酒量相当于白酒“ \times 两”，斜线后填写饮酒者下次随访目标饮酒量相当于白酒“ \times 两”。（啤酒 /10=白酒量，红酒 /4=白酒量，黄酒 /5=白酒量）。

运动：填写每周几次，每次多少分钟。即“ \times 次/周， \times 分钟/次”。横线上填写目前情况，横线下填写下次随访时应达到的目标。

主食：根据患者的实际情况估算主食（米饭、面食、饼干等淀粉类食物）的摄入量。为每天各餐的合计量。

心理调整：根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为：指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

4. 辅助检查：为患者进行空腹血糖检查，记录检查结果、。若患者在上次随访到此次随访之间到各医疗机构进行过糖化血红蛋白（控制目标为 7%，随着年龄的增长标准可适当放宽）或其他辅助检查，应如实记录。

5. 服药依从性：“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

6. 药物不良反应：如果患者服用的降糖药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

7. 低血糖反应：根据上次随访到此次随访之间患者出现的低血糖反应情况。

8. 此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由责任医生在 4 种分类结果中选择一项在“”中填上相应的数字。“控制满意”是指血糖控制满意，无其他异常、“控制不满意”是指血糖控制不满意，无其他异常、“不良反应”是指存在药物不良反应、“并发症”是指出现新的并发症或并发症出现异常。如果患者同时并存几种情况，填写最严重的一种情况，同时结合上次随访情况确定患者下次随访时间，并告知患者。

9. 用药情况：根据患者整体情况，为患者开具处方，并填写在表格中，写明用法、用量。同时记录其他医疗卫生机构为其开具的处方药。

10. 转诊：如果转诊要写明转诊的医疗机构及科室类别，如 \times 市人民医院内分泌科，并在原因一栏写明转诊原因。

11. 下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

12. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

附件 1

严重精神障碍患者个人信息补充表

姓名： 编号 -

监护人姓名			与患者关系	
监护人住址			监护人电话	
辖区村（居）委会联系人、电话				
户别		1 城镇 2 农村		
就业情况		1 在岗工人 2 在岗管理者 3 农民 4 下岗或无业 5 在校学生 6 退休 7 专业技术人员 8 其他 9 不详		
知情同意		1 同意参加管理 0 不同意参加管理 签字： 签 字 时 间 年 月 日		
初次发病时间		年 月 日		
既往主要症状		1 幻觉 2 交流困难 3 猜疑 4 喜怒无常 5 行为怪异 6 兴奋话多 7 伤人毁物 8 悲观厌世 9 无故外走 10 自语自笑 11 孤僻懒散 12 其他 / / / / / / / / / / /		
既往关锁情况		1 无关锁 2 关锁 3 关锁已解除		
既往治疗情况	门诊	1 未治 2 间断门诊治疗 3 连续门诊治疗 首次抗精神病药治疗时间年 月 日		
	住院	曾住精神专科医院 /综合医院精神专科次		
目前诊断情况		诊断确诊医院确诊日期		
最近一次治疗效果		1 临床痊愈 2 好转 3 无变化 4 加重		
危险行为		1 轻度滋事次 2 肇事次 3 肇祸次 4 其他危害行为次 5 自伤次 6 自杀未遂次 7 无 / / / / / /		
经济状况		1 贫困，在当地贫困线标准以下 2 非贫困		
专科医生的意见 (如果有请记录)				
填表日期		年月日	医生签字	

填表说明：

1. 对于严重精神障碍患者，在建立居民健康档案时，除填写个人基本信息表外，还应填写此表。在随访中发现个人信息有所变更时，要及时变更。

2. 监护人姓名：法律规定的、目前行使监护职责的人。

3. 监护人住址及监护人电话：填写患者监护人目前的居住地址及可以随时联系电话。

4. 初次发病时间：患者首次出现精神症状的时间，尽可能精确，可只填写到年份。

5. 既往主要症状：根据患者从第一次发病到填写此表之时的情况，填写患者曾出现过的主要症状。

6. 既往关锁情况：关锁指出于非医疗目的，使用某种工具（如绳索、铁链、铁笼等）限制患者的行动自由。

7. 既往治疗情况：根据患者接受的门诊和住院治疗情况填写。首次抗精神病药治疗时间，尽可能精确，可只填写到年份。若未住过精神专科医院或综合医院精神科，填写“0”，住过院的填写次数。

8. 目前诊断情况：填写患者目前所患精神疾病的诊断名称，并填写确诊医院名称和日期。

9. 临床痊愈：精神症状消失，自知力恢复。

10. 危险行为：根据患者从第一次发病到填写此表之时的情况，若未发生过，填写“0”；若发生过，填写相应的次数。

轻度滋事：是指公安机关出警但仅作一般教育等处理的案情，例如患者打、骂他人或者扰乱秩序，但没有造成生命财产损害的，属于此类。

肇事：是指患者的行为触犯了我国《治安管理处罚法》但未触犯《刑法》，例如患者有行凶伤人毁物等，但未导致被害人轻、重伤的。

肇祸：是指患者的行为触犯了《刑法》，属于犯罪行为的。

11. 经济状况：指患者经济状况。贫困指低保户。

12. 专科医生意见：是指建档时由家属提供或患者原治疗医疗机构提供的精神专科医生的意见。如没有相关信息则填写“不详”。

附件 2

严重精神障碍患者随访服务记录表

姓名：

编号 -

随访日期	年 月 日		
本次随访形式	1 门诊 2 家庭访视 3 电话		
若失访，原因	1 外出打工 2 迁居他处 3 走失 4 连续 3 次未到访 5 其他		
如死亡，日期和原因	死亡日期	年月日	
	死亡原因	1 躯体疾病 传染病和寄生虫病 肿瘤 心脏病 脑血管病 呼吸系统疾病 消化系统疾病 其他疾病 不详 2 自杀 3 他杀 4 意外 5 精神疾病相关并发症 6 其他	
危险性评估	0（0级） 1（1级） 2(2级) 3(3级) 4(4级) 5（5级）		
目前症状	1 幻觉 2 交流困难 3 猜疑 4 喜怒无常 5 行为怪异 6 兴奋话多 7 伤人毁物 8 悲观厌世 9 无故外走 10 自语自笑 11 孤僻懒散 12 其他 / / / / / / / / / / /		
自知力	1 自知力完全 2 自知力不全 3 自知力缺失		
睡眠情况	1 良好 2 一般 3 较差		
饮食情况	1 良好 2 一般 3 较差		
社会功能情况	个人生活料理	1 良好 2 一般 3 较差	
	家务劳动	1 良好 2 一般 3 较差	
	生产劳动及工作	1 良好 2 一般 3 较差 9 此项不适用	
	学习能力	1 良好 2 一般 3 较差	
	社会人际交往	1 良好 2 一般 3 较差	
危险行为	1 轻度滋事次 2 肇事次 3 肇祸次 4 其他危害行为次 5 自伤次 6 自杀未遂次 7 无		
两次随访期间 开锁情况	1 无关锁 2 开锁 3 开锁已解除		
两次随访期间 住院情况	0 未住院 1 目前正在住院 2 曾住院，现未住院 末次出院时间年月日		
实验室检查	1 无 2 有		
用药依从性	1 按医嘱规律用药 2 间断用药 3 不用药 4 医嘱勿需用药		
药物不良反应	1 无 2 有 9 此项不适用		
治疗效果	1 痊愈 2 好转 3 无变化 4 加重 9 此项不适用		
是否转诊	1 否 2 是 转诊原因： 转诊至机构及科室：		
用药情况	药物 1：	用法：每日（月） 次	每次剂量 mg
	药物 2：	用法：每日（月） 次	每次剂量 mg
	药物 3：	用法：每日（月） 次	每次剂量 mg
用药指导	药物 1：	用法：每日（月） 次	每次剂量 mg
	药物 2：	用法：每日（月） 次	每次剂量 mg
	药物 3：	用法：每日（月） 次	每次剂量 mg
康复措施	1 生活劳动能力 2 职业训练 3 学习能力 4 社会交往 5 其他 / / /		
本次随访分类	1 不稳定 2 基本稳定 3 稳定		
下次随访日期	年 月 日	随访医生签名	

填表说明：

1.目前症状：填写从上次随访到本次随访期间发生的情况。

2.自知力：是患者对其自身精神状态的认识能力。

自知力完全：患者精神症状消失，真正认识到自己有病，能透彻认识到哪些是病态表现，并认为需要治疗。

自知力不全：患者承认有病，但缺乏正确认识和分析自己病态表现的能力。

自知力缺失：患者否认自己有病。

3.危险行为：填写从上次随访到本次随访期间发生的情况。若未发生过，填写“0”；若发生过，填写相应的次数。

4.实验室检查：记录从上次随访到此次随访期间的实验室检查结果，包括在上级医院或其他医院的检查。

5.用药依从性：“规律”为按医嘱用药，“间断”为未按医嘱用药，用药频次或数量不足；“不用药”即为医生开了处方，但患者未使用此药；“医嘱勿需用药”为医生认为不需要用药。

6.药物不良反应：如果患者服用的药物有明显的药物不良反应，应具体描述哪种药物，以及何种不良反应。

7.本次随访分类：根据从上次随访到此次随访期间患者的总体情况进行选择。

8.是否转诊：根据患者此次随访的情况，确定是否要转诊，若给出患者转诊建议，填写转诊医院的具体名称。

9.用药情况：填写患者实际使用的抗精神病药物名称、用法和用量。

10.用药指导：根据患者的总体情况，填写医生开具的患者需要使用的抗精神病药物名称、用法和用量。

11.康复措施：根据患者此次随访的情况，给出应采取的康复措施，可以多选。

12.下次随访日期：根据患者的情况确定下次随访时间，并告知患者和家属。

肺结核患者第一次入户随访记录表

姓名：

编号

-

随访时间		年 月 日
随访方式		1 门诊 2. 家庭
患者类型		1 初治 2 复治
痰菌情况		1 阳性 2 阴性 3 未查痰
耐药情况		1 耐药 2 非耐药 3 未检测
症状及体征： 0 没有症状 1 咳嗽咳痰 2 低热盗汗 3 咯血或血痰 4 胸痛消瘦 5 恶心纳差 6 头痛失眠 7 视物模糊 8 皮肤瘙痒、皮疹 9 耳鸣、听力下降		/ / / / / / / 其他：
用 药	化疗方案	
	用 法	1 每日 2 间歇
	药品剂型	1 固定剂量复合制剂 2 散装药 3 板式组合药 4 注射剂
督导人员选择		1 医生 2 家属 3 自服药 4 其他
家庭居 住环境 评估	单独的居室	1 有 2 无
	通风情况	1 良好 2 一般 3 差
生活方 式评估	吸 烟	/ 支/天
	饮 酒	/ 两/天
健 康 教 育 及 培 训	取药地点、时间	地点： 时间： 年 月 日
	服药记录卡的填写	1 掌握 2 未掌握
	服药方法及药品存放	1 掌握 2 未掌握
	肺结核治疗疗程	1 掌握 2 未掌握
	不规律服药危害	1 掌握 2 未掌握
	服药后不良反应及处理	1 掌握 2 未掌握
	治疗期间复诊查痰	1 掌握 2 未掌握
	外出期间如何坚持服药	1 掌握 2 未掌握
	生活习惯及注意事项	1 掌握 2 未掌握
	密切接触者检查	1 掌握 2 未掌握
下次随访时间		年 月 日
评估医生签名		

填表说明：

1. 本表为医生在首次入户访视结核病患者时填写。 同时查看患者的 ‘肺结核患者治疗记

录卡”、耐多药患者查看“耐多药肺结核患者服药卡”。

2. 患者类型、痰菌、耐药情况和用药的信息，均在患者的“肺结核患者治疗记录卡”、耐多药患者查看“耐多药肺结核患者服药卡”中获得。

3. 督导人员选择：根据患者的情况，与其协商确定督导人员。

4. 家庭居住环境评估：入户后，了解患者的居所情况并记录。

5. 生活方式评估：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导，与患者共同制定下次随访目标。

吸烟斜线前填写目前吸烟量，不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“**支/天”斜线后填写吸烟者下次随访目标吸烟量“**支/天”

饮酒情况：“从不饮酒者”不必填写其他有关饮酒情况项目。“日饮酒量”应折合相当于白酒“x两”。（啤酒/10=白酒量，红酒/4=白酒量，黄酒/5=白酒量）。

6. 健康教育及培训的主要内容

（1）肺结核治疗疗程

只要配合医生、遵从医嘱，严格坚持规律服药，绝大多数肺结核是可以彻底治愈的。服用抗结核药物1个月以后，传染性一般就会消失。一般情况下，初治肺结核患者的治疗疗程为6个月，复治肺结核患者为8个月，耐多药肺结核患者24个月。

（2）不规律服药危害

如果不遵从医嘱，不按时服药，不完成全疗程治疗，就会导致初次治疗失败，严重者会发展为耐多药结核病。治疗疗程明显延长，治愈率也会大大降低，甚至终生不愈。治疗费用也会大幅度增加。如果传染给其他人，被传染者一旦发病也是耐药结核病。

（3）服药方法及药品存放

抗结核药物宜采用空腹顿服的服药方式，一日的药量要在同一时间一次服用。应放在阴凉干燥、孩子接触不到的地方。夏天宜放在冰箱的冷藏室。

（4）服药后不良反应及处理

常见的不良反应有：胃肠道不舒服、恶心、皮肤瘙痒、关节痛、手脚麻木等，严重者可能会呕吐、视物不清、皮疹、听力下降等；当出现上述任何情况时，应及时和医生联系，不要自行停药或更改治疗方案。服用利福平后出现尿液变红、红色眼泪现象为正常现象，不必担心。为及时发现并干预不良反应，每月应到定点医疗机构进行血常规、肝肾功能复查。

（5）治疗期间复诊查痰

查痰的目的是让医生及时了解患者的治疗状况、是否有效，是否需要调整治疗方案。初治肺结核患者应在治疗满2、5、6月时、复治肺结核患者在治疗满2、5、8月时、耐多药肺结核患者注射期每个月、非注射期每两个月均需复查痰涂片和培养。正确的留痰方法是：深呼吸2-3次，用力从肺部深处咳出痰液，将咳出的痰液留置在痰盒中，并拧紧痰盒盖。复查的肺结核患者应收集两个痰标本（夜间痰、清晨痰）。夜间痰：送痰前一日，患者晚间咳出的痰液；清晨痰：患者晨起立即用清水漱口后，留存咳出的第2口、第3口痰液。如果患者在留痰前吃过东西，则应先用清水漱口，再留存咳出的第2口、第3口痰液；装有义齿的患者

在留取痰标本前应先将义齿取出。唾液或口水为不合格标本。

（6）外出期间如何坚持服药

如果患者需要短时间的外出，应告知医生，并带够足量的药品继续按时服药，同时要注意将药品低温、避光保存；如果改变居住地，应及时告知医生，以便能够延续治疗。

（7）生活习惯及注意事项

患者应注意保持良好的卫生习惯。避免将疾病传染他人，最好住在单独的光线充足的房间，经常开窗通风。不能随地吐痰，也不要下咽，应把痰吐在纸中包好后焚烧，或吐在有消毒液的痰盂中；不要对着他人大声说话、咳嗽或打喷嚏；传染期内应尽量少去公共场所，如需外出应佩戴口罩。

吸烟会加重咳嗽、咳痰、咯血等症状，大量咯血可危及生命。另抗结核药物大部分经肝脏代谢，并且对肝脏有不同程度的损害，饮酒会加重对肝脏的损害，降低药物疗效，因此在治疗期间应严格戒烟、禁酒。要注意休息，避免重体力活动，加强营养，多吃奶类、蛋类、瘦肉等高蛋白食物，还应多吃绿叶蔬菜、水果以及杂粮等富含维生素和无机盐的食品，避免吃过于刺激的食物。

（8）密切接触者检查

建议患者的家人、同班、同宿舍同学、同办公室同事或经常接触的好友等密切接触者，及时到定点医疗机构进行结核菌感染和肺结核筛查。

7.下次随访时间：确定下次随访日期，并告知患者。

8.评估医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

肺结核患者随访服务记录表

姓名：

编号

随访时间		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
治疗月序		第 月	第 月	第 月	第 月
督导人员		1 医生 2 家属 3 自服药 4 其他	1 医生 2 家属 3 自服药 4 其他	1 医生 2 家属 3 自服药 4 其他	1 医生 2 家属 3 自服药 4 其他
随访方式		1 门诊 2 家庭 3 电话	1 门诊 2 家庭 3 电话	1 门诊 2 家庭 3 电话	1 门诊 2 家庭 3 电话
症状及体征： 0 没有症状 1 咳嗽咳痰 2 低热盗汗 3 咯血或血痰 4 胸痛消瘦 5 恶心纳差 6 关节疼痛 7 头痛失眠 8 视物模糊 9 皮肤瘙痒、皮疹 10 耳鸣、听力下降		/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
		其他	其他	其他	其他
生活方式指导	吸烟	/ 支/天	/ 支/天	/ 支/天	/ 支/天
	饮酒	/ 两/天	/ 两/天	/ 两/天	/ 两/天
用药	化疗方案				
	用 法	1 每日 2 间歇	1 每日 2 间歇	1 每日 2 间歇	1 每日 2 间歇
	药品剂型	1 固定剂量复合制剂 2 散装药 3 板式组合药 4 注射剂	1 固定剂量复合制剂 2 散装药 3 板式组合药 4 注射剂	1 固定剂量复合制剂 2 散装药 3 板式组合药 4 注射剂	1 固定剂量复合制剂 2 散装药 3 板式组合药 4 注射剂
	漏服药次数	次	次	次	次
药物不良反应		1 无 2 有_____	1 无 2 有_____	1 无 2 有_____	1 无 2 有_____
并发症或合并症		1 无 2 有_____	1 无 2 有_____	1 无 2 有_____	1 无 2 有_____
转 诊	科 别				
	原 因				
	2 周内随访，随访结果				
处理意见					
下次随访时间					
随访医生签名					
停止治疗及原因		1 出现停止治疗时间 年 月 日 2 停止治疗原因：完成疗程 死亡 丢失 转入耐多药治疗			
全程管理情况		应访视患者 _____次，实际访视 _____次； 患者在疗程中，应服药 _____次，实际服药 _____次，服药率 _____% 评估医生签名：			

填表说明：

1.本表为结核病患者在接受随访服务时由医生填写。同时查看患者的“肺结核患者治疗记录卡”、耐多药患者查看“耐多药肺结核患者服药卡”。

2.生活方式指导：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导，与患者共同制定下次随访目标。

吸烟：斜线前填写目前吸烟量，不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“**支/天”斜线后填写吸烟者下次随访目标吸烟量“**支/天”。

饮酒情况：“从不饮酒者”不必填写其他有关饮酒情况项目。“日饮酒量”应折合相当于白酒“×两”。（啤酒/10=白酒量，红酒/4=白酒量，黄酒/5=白酒量）。

3.漏服药次数：上次随访至本次随访期间漏服药次数。

4.药物不良反应：如果患者服用抗结核有明显的药物不良反应，具体描述何种不良反应或症状。

5.合并症/并发症：如果患者出现了合并症或并发症，则具体记录。

6.转诊：如果转诊要写明转诊的医疗机构及科室类别，如“×市人民医院结核科”，并在原因一栏写明转诊原因。

7.2周内随访，随访结果：转诊 2周后，对患者进行随访，并记录随访结果。

8.处理：根据患者服药情况，对患者督导服药进行分类干预。

9.下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

10.评估医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

11.全程服药管理情况：肺结核患者治疗结案时填写。

附件 1

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)
(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) [BMI 指数 =体重（kg）/身高 ² （m）]	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) 您容易患感冒吗 ? (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
(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斑、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) 您面色或目眶晦黯 , 或出现褐色斑块 / 斑点吗 ?	1	2	3	4	5
(25) 您有皮肤湿疹、疮疖吗 ?	1	2	3	4	5
(26) 您感到口干咽燥、总想喝水吗 ?	1	2	3	4	5
(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 1-105cm , 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) 您有大便黏滞不爽、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？（可由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	1．得分 2．是 3．倾向是	1．得分 2．是 3．倾向是	1．得分 2．是 3．倾向是	1．得分 2．是 3．倾向是	1．得分 2．是 3．倾向是	1．得分 2．是 3．倾向是	1．得分 2．是 3．倾向是	1．得分 2．是 3．基本是
中医药保健指导	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：	1．情志调摄 2．饮食调养 3．起居调摄 4．运动保健 5．穴位保健 6．其他：
填表日期		年 月 日			医生签名				

填表说明：

- 1．该表采集信息时要能够反映老年人近一年来平时的感受，避免采集老年人的即时感受。
- 2．采集信息时要避免主观引导老年人的选择。
- 3．记录表所列问题不能空项，须全部询问填写。
- 4．询问结果应在相应分值内划“ ”，并将计算得分填写在相应空格内。
- 5．体质辨识：医务人员应根据体质判定标准表（附件 2）进行辨识结果判定，偏颇体质为“是”、“倾向是”，平和体质为“是”、“基本是”，并在相应选项上划“ ”。
- 6．中医药保健指导：请在所提供指导对应的选项上划“ ”，可多选。其他指导请注明。

附件 2

体质判定标准表

姓名： 编号 -

体质类型及对应条目	条 件	判定结果
气虚质 (2)(3)(4)(14) 阳虚质 (11)(12)(13)(29) 阴虚质 (10)(21)(26)(31) 痰湿质 (9)(16)(28)(32) 湿热质 (23)(25)(27)(30) 血瘀质 (19)(22)(24)(33) 气郁质 (5)(6)(7)(8) 特禀质 (15)(17)(18)(20)	各条目得分相加 11 分	是
	各条目得分相加 9 ~ 10 分	倾向是
	各条目得分相加 8 分	否
平和质 (1)(2)(4)(5)(13) (其中 , (2)(4)(5)(13) 反向计分 , 即 1 5 , 2 4 , 3 3 , 4 2 , 5 1)	各条目得分相加 17 分 , 同时其他 8 种体质得分都 8 分	是
	各条目得分相加 17 分 , 同时其他 8 种体质得分都 10 分	基本是
	不满足上述条件者	否

填表说明：

- 1．该表不用纳入居民的健康档案。
- 2．体质辨识结果的准确性取决于接受服务者回答问题准确程度，如果出现自相矛盾的问题回答， 则会出现自相矛盾的辨识结果， 需要提供服务者核对其问题回答的准确性。 处理方案有以下几种：
- (1) 在回答问题过程中及时提醒接受服务者理解所提问题。
- (2) 出现两种及以上判定结果即兼夹体质是正常的，比如气阴两虚，则两个体质都如实记录，以分数高的为主要体质进行指导。
- (3) 如果出现判定结果分数一致，则由中医师依据专业知识判定，然后进行指导。
- (4) 如果出现既是阴虚又是阳虚这样的矛盾判定结果，要返回查找原因，帮助老年人准确采集信息，必要时候由中医师进行辅助判定。
- (5) 如果出现每种体质都不是或者无法判断体质类型等情况，则返回查找原因，或需 2 周后重新采集填写。

附件 1

6~18月龄儿童中医药健康管理服务记录表

姓名：

编号 -

月龄	6 月龄	12 月龄	18 月龄
随访日期			
中医药健康管理服务	1.中医饮食调养指导 2.中医起居调摄指导 3.传授摩腹、捏脊方法 4.其他：	1.中医饮食调养指导 2.中医起居调摄指导 3.传授摩腹、捏脊方法 4.其他：	1.中医饮食调养指导 2.中医起居调摄指导 3.传授按揉迎香穴、足三里穴方法 4.其他：
下次随访日期			
随访医生签名			

填表说明：

1. 印制新表格时可在 0~6 岁儿童健康管理服务规范所列儿童健康检查记录表基础上增加“中医药健康管理服务”内容。

2. 中医药健康管理服务：请在所提供对应服务的选项上划“ ”，可多选。其他服务请注明。

附件 2

24 ~ 36 月龄儿童中医药健康管理服务记录表

姓名：

编号 -

月龄	24 月龄	30 月龄	36 月龄
随访日期			
中医药健康管理服务	1.中医饮食调养指导 2.中医起居调摄指导 3.传授按揉迎香穴、足三里穴方法 4.其他：	1.中医饮食调养指导 2.中医起居调摄指导 3.传授按揉四神聪穴方法 4.其他：	1.中医饮食调养指导 2.中医起居调摄指导 3.传授按揉四神聪穴方法 4.其他：
下次随访日期			
随访医生签名			

填表说明

1. 印制新表格时可在《0~6岁儿童健康管理服务规范》所列儿童健康检查记录表基础上增加“中医药健康管理服务”内容。

2. 中医药健康管理服务：请在所提供服务对应的选项上划“ ”，可多选。其他服务请注明。

附件 1

卫生计生监督协管信息报告登记表

机构名称：

序号	发现时间	信息类别	信息内容	报告时间	报告人

注：1.信息类别：食源性疾病、饮用水卫生、学校卫生、非法行医（采供血）、计划生育。

2.信息内容：注明发现问题（隐患）的地点、内容等有关情况简单描述。

附件 2

卫生计生监督协管巡查登记表

机构名称：

年度

序号	巡查地点与内容	发现的主要问题	巡查日期	巡查人	备注

注：对食源性疾病、饮用水卫生、学校卫生、非法行医（采供血）、计划生育开展巡查，填写本表。备注栏填写发现问题后的处置方式（如报告卫生计生监督执法机构或帮助整改等内容）。