附录1

失能老年人上门健康评估申请表

**机构名称： 编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 性别 | 男  女 | 年龄 |  | 身份  证号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | 家庭电话 | |  | | | | 家庭医生签约情况 | 1.已签约  2.未签约  签约医生： | |
| 居住方式 | 1.独居 2.夫妻居住 3.和子女一起居4.保姆照料 | | | | | 联系人/监护人 | |  | | | | 联系人电话 |  | |
| 健康状况 | 1. 患病情况：（可多选）①高血压 ②糖尿病 ③冠心病 ④脑血管病 ⑤COPD ⑥肿瘤 ⑦骨关节病 ⑧其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 老年人生活自理能力评估表评分：   **（选择①、②暂不开展上门健康评估服务）**  ①0-3分 ②4-8分 ③9-18分 ④≧19分 | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 申请者目前是否存在急、危、重症等需要抢救治疗情况：**（选择①的暂不开展上门健康评估服务）**   ①是 ②否 | | | | | | | | | | | | | |
| 上门健康评估 | 申请人家庭/监护人/陪护者能否配合上门评估  **（选择②暂不开展上门健康评估服务）**  ①配合 ②不配合 | | | | | | | | | | 拟申请评估时间 | |  | |
| 填表人/与申请人关系 | | | | / | | | | | | | 填表  时间 | | 年 月 日 | |
| 以上为申请人填写 | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构填写 | 机构接受申请情况 | ①  接受申请 | 拟上门健康评估时间：  年月日  上门评估人员安排 | | | | | | ②不接受申请 | 原因：①ADL评分不符合  ②健康状况暂不适合开展评估③不能配合开展上门评估④其他 | | | | |
| 申请单处理人 | |  | | | | | | | 处理时间 | | | | 年月日 |
| 处理结果 | | 1. 反馈申请人 ②未反馈 | | | | | | |

附表

0