**附件二**

**入住登记表**

**入住编号： 填写日期：20 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人 |  | 性别 | □男 □女 | | | | | | 年龄 | |  | | 照片 | |
| 国籍 |  | 出生日期 |  | | | | | | | | | |  | |
| 籍贯 |  | | 户籍地 | | | |  | | | | | |
| 民族 | □汉族 □其他：\_\_\_\_\_\_\_ | | 政治面貌 | | | |  | | | | | |
| 婚姻状况 | □未婚 □已婚 □丧偶 □离异 □未说明婚姻情况 | | | | | | | | | | | |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | | | | | | | | | |
| 文化程度 | □文盲半文盲 □小学 □初中 □高中/技校/中专 □大学专科及以上 □不详 | | | | | | | | | | | | | |
| 原单位 |  | | 原职业 | | | | | | |  | | | | |
| 居住地址 |  | | 电话 | | | | | | |  | | | | |
| 代理人 | 姓名/名称 |  | 关系 | |  | | | | | 手机号码 | | |  | |
| 证件类型 |  | 证件号码 | | | | | | |  | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | | | | 电子邮箱 | | |  | |
| 紧急联系人 | 姓名 |  | 关系 | | |  | | | | 手机号码 | | |  | |
| 证件类型 |  | 证件号码 | | | | | | |  | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | | | | 电子邮箱 | | |  | |
| 医保定点医院 | |  | | | | | | | | 社保卡号 | | |  | |
| 医疗费用支付方式 | | □城镇职工基本医疗保险 □城镇居民基本医疗保险 □全公费  □新型农村合作医疗 □商业医疗保险 □全自费 □其他 | | | | | | | | | | | | |
| 经济来源 | □退休金/养老金 □子女补贴 □亲友资助 □其他补贴：\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 入住前住处 | □家（□独居 □配偶 □子女 □保姆 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □医院  □其他养老机构（名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,入住时间：\_\_\_\_\_\_\_\_离开原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） | | | | | | | | | | | | | |
| 入住机构原因 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | 既往史 | □无 □有：疾病名称： ，确诊时间  疾病名称： ，确诊时间 | | | | | | | | | | | | |
| □无 □有：手术名称： ，手术时间  手术名称： ，手术时间 | | | | | | | | | | | | |
| □无 □有：外伤部位： ，发生时间  外伤部位： ，发生时间 | | | | | | | | | | | | |
| 现患疾病 | 疾病名称： ，确诊时间： ，目前状况：  疾病名称： ，确诊时间： ，目前状况： | | | | | | | | | | | | |
| 就医情况 | 固定时间就诊：□无 □有（原因： ，频率\_\_\_次/\_\_\_月） | | | | | | | | | | | | |
| 近一年内住院情况：□未住院 □住过院（住院次数：\_\_\_\_次）  入/出院时间：\_\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_\_，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  入/出院时间：\_\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_\_，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| 近一年内急诊情况：□未去过 □去过急诊（去急诊次数：\_\_\_次）  就诊时间：\_\_\_\_\_\_\_\_，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| 用药情况 | 药品名称 | | 剂量 | | | | 频次 | | | | 时间 | | 用法 |
|  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  | |  |
| 不适症状（近一个月内情况） | □无症状 □头痛 □头晕 □心悸 □胸闷 □胸痛 □慢性咳嗽 □咳痰 □呼吸困难 □多饮 □多尿 □体重下降 □乏力 □关节肿痛 □手脚麻木 □视力模糊 □眼花 □耳鸣 □尿急 □尿痛 □便秘 □腹泻  □恶心呕吐 □食欲减退 □乳房胀痛 □体位性低血压  □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| 过敏史 | 药物过敏：□无 □有：  食物过敏：□无 □有：  环境过敏：□无 □有： | | | | | | | | | | | | |
| 老年综合征（近三月内情况） | 跌倒：□无 □有：次数、地点  记忆下降：□无 □有 具体表现  体重下降：□无 □有：下降重量（kg）  小便失禁：□无 □有：次数  睡眠障碍：□无 □有：□睡眠增多 □睡眠减少 □异常行为  疼痛：□无 □有：疼痛部位  视力异常：□无 □有：□老视 □近视 □远视，度数（左、右眼）  听力下降：□无 □有：具体表现 | | | | | | | | | | | | |
| 精神状况（近三月内情况） | □无 □有：□游走 □日夜颠倒 □语言攻击行为 □肢体攻击行为 □对物品的攻击行为 □妄想 □幻觉 □焦虑/恐惧 □自伤/自杀 □重复行为 □其他状况： | | | | | | | | | | | | |
| 语言表达 | □流利 □含糊 □体语 □失语 □其他： | | | | | | | | | | | | |
| 其他特别说明事项： | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明上述各项内容均属实。如有变化，及时通知贵院。**  入住人（签名）： 代理人（签名或盖章）： 紧急联系人（签名）： | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：1．本表应当如实填写。  2．在选中的“□”打“√”表示确认，不选的在“□”打“×” | | | | | | | | | | | | | | |