

上海市老年人健康管理服务规范

一、服务对象

辖区内65岁及以上常住居民。

二、服务内容

根据居民自愿原则，每年为65岁及以上老年人提供1次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、中医体质辨识、体格检查、辅助检查和健康指导。健康管理服务过程数据和效果指标内容应在健康档案中进行更新。鼓励社区卫生服务中心将老年人在其他符合资质机构的健康检查和检测结果导入健康档案。

（一）生活方式和健康状况评估。通过问诊及老年人健康状态评估，了解其基本健康状况、体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状、既往所患疾病、治疗及目前用药和生活自理能力等情况。

（二）中医体质辨识。按照老年人中医药健康管理服务记录表前33项问题采集信息，根据体质判定标准进行体质辨识。

（三）体格检查。包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断。

（四）辅助检查。包括血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素）、空腹血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、心电图和腹部B超（肝胆胰脾）

检查。

(五) 健康指导。告知评价结果并进行相应健康指导。

1. 对发现已确诊的原发性高血压和2型糖尿病等患者同时开展相应的慢性病患者健康管理。

2. 对患有其他疾病的(非高血压或糖尿病)，应及时治疗或转诊。

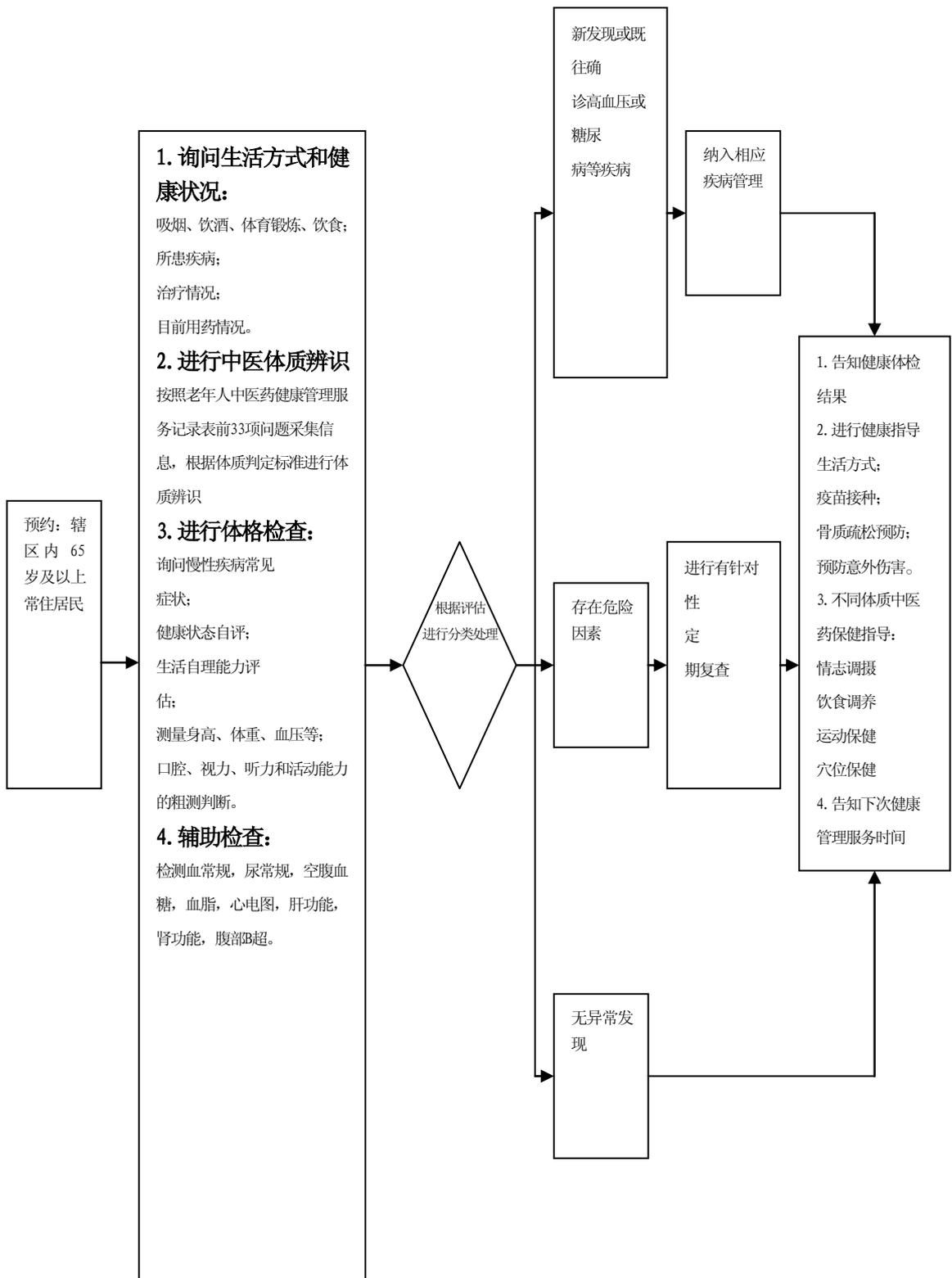
3. 对发现有异常的老年人建议定期复查或向上级医疗机构转诊。

4. 进行健康生活方式以及疫苗接种、骨质疏松预防、防跌倒措施、意外伤害预防和自救、认知和情感等健康指导。根据不同体质从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等方面进行相应的中医药保健指导和健康教育，教授居民适合自身的中医自我保健适宜技术。

5. 告知或预约下一次健康管理服务的时间。

(六) 各区可根据本辖区老年人健康状况和实际需求，结合社区卫生服务中心的服务能力，以及辖区财力支撑情况等适当增加辅助检查项目。

三、服务流程



四、服务要求

(一) 开展老年人健康管理服务的社区卫生服务中心应当具

备服务内容所需的基本设备和条件。

（二）加强与村（居）委会、派出所等相关部门的联系，掌握辖区内老年人口信息变化。加强宣传，告知服务内容，使更多的老年人愿意接受服务。

（三）每次健康检查后及时将相关信息记入健康档案。对于已纳入相应慢病健康管理的老年人，本次健康管理服务可作为一次随访服务。

（四）开展老年人中医体质辨识工作的人员应当为接受过老年人中医药知识与技能培训的卫生技术人员。开展老年人中医药保健指导工作的人员应当为中医类别执业（助理）医师或接受过中医药知识和技能专门培训能够提供上述服务的其他类别医师（含乡村医生）。

五、工作指标

老年人健康管理率 = 年内接受健康管理人数 / 年内辖区内65岁及以上常住居民数 × 100%。

注：接受健康管理是指建立了健康档案、接受了健康体检、中医体质辨识、健康指导、健康体检表、中医药服务记录表填写完整。

六、附件

（一）老年人生活自理能力评估表

（二）健康体检表

（三）老年人中医药健康管理服务记录表及体质判定标准表

附件 1

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				判断评分
	可自理	轻度依赖	中度依赖	不能自理	
(1) 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	
(2) 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	
(3) 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	
(4) 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	
(5) 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 2

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____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 正常 2 黄染 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"/>
		啰 音: 1 无 2 干啰音 3 湿啰音 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_____	<input type="checkbox"/>
		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"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
妇科	外阴	1 未见异常 2 异常_____	<input type="checkbox"/>
	阴道	1 未见异常 2 异常_____	<input type="checkbox"/>
	宫颈	1 未见异常 2 异常_____	<input type="checkbox"/>
	宫体	1 未见异常 2 异常_____	<input type="checkbox"/>
	附件	1 未见异常 2 异常_____	<input type="checkbox"/>
其 他			

辅助检查	血常规*	血红蛋白_____g/L 白细胞_____×10 ⁹ /L 血小板_____×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_____			<input type="checkbox"/>
	尿微量白蛋白	_____mg/dL			
	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			<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 血钠浓度_____mmol/L 血尿酸_____μmol/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_____			<input type="checkbox"/>
	B 超	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 短暂性脑缺血发作 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 有 _____			<input type="checkbox"/>
	其他系统疾病	1 未发现 2 有 _____			<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 _____				
异常 4 _____					
健康 指导	1 纳入慢性病患者健康管理			危险因素控制: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	
	2 建议复查			1 戒烟 2 健康饮酒 3 饮食 4 锻炼	
3 建议转诊			5 减体重(目标 _____)		
			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(BMI)=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需进行的活动，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，已戒烟者填写戒烟前相关情况。

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（五分记录），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“你叫什么名字”（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：“两手摸后脑勺”、“捡起这支笔”、“从椅子上站起，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。

官体 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；若扪及肿块，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 3

老年人中医药健康管理服务记录表及体质判定标准表

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) 您胃脘部、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	1	2	3	4	5

年感冒的次数)	一年 <2次	一年感 冒2-4次	一年感 冒5-6次	一年8次 以上	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 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
填表日期	医生签名				

填表说明:

1. 采集信息时要能够反映老年人平时的感受, 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, 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。

体质判定标准表

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

