附件2

失能老年人健康服务记录表单（试行）

服务对象 记录时间 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 服务分类 | 服务内容（请在完成后勾选） |
| 健康管理  （仅限首次） | 生活方式评估 □ |
| 健康状况评估 □ |
| 体格检查 □ |
| 中医药健康管理  （仅限首次） | 中医体质辨识 □ |
| 中医养生保健指导 □ |
| 血压测量 | 血压值测量  左侧 / mmHg  右侧 / mmHg |
| 末梢血  血糖检测 | 空腹血糖值测量  末梢血血糖检测: mmol/L |
| 康复指导 | 坐起训练指导 □ |
| 偏瘫肢体综合训练指导 □ |
| 辅助器具指导 □ |
| 护理技能指导 | 压力性损伤预防指导 □ |
| 压力性损伤护理指导 □ |
| 口腔护理指导 □ |
| 用药指导 □ |
| 营养改善指导 | 营养指导 □ |
| 心理支持 | 心理健康指导 □ |