

类别	编号

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: 江西财经大学医院

建 档 人: _____

责任医生: _____

建档日期: _____年____月____日

附件 3

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 <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/>		民 族	01 汉族 99 少数民族_____ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> /□				
文化程度	1 研究生 2 大学本科 3 大学专科和专科学校 4 中等专业学校 5 技工学校 6 高中 7 初中 8 小学 9 文盲或半文盲 10 不详 <input type="checkbox"/>				
职 业	0 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 1 专业技术人员 2 办事人员和有关人员 3 商业、服务业人员 4 农、林、牧、渔、水利业生产人员 5 生产、运输设备操作人员及有关人员 6 军人 7 不便分类的其他从业人员 8 无职业 <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/>				
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_____ <input type="checkbox"/> /□/□				
药物过敏史	1 无 2 青霉素 3 磺胺 4 链霉素 5 其他_____ <input type="checkbox"/> /□/□/□				
暴露史	1 无 2 化学品 3 毒物 4 射线 <input type="checkbox"/> /□/□				
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 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 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① _____ 时间 _____ / 名称② _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
	外伤	1 无 2 有: 名称① _____ 时间 _____ / 名称② _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
	输血	1 无 2 有: 原因① _____ 时间 _____ / 原因② _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
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 _____ <input type="checkbox"/>				
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 _____ <input type="checkbox"/> /□/□/□/□/□				
生活环境*	厨房排风设施	1 无 2 油烟机 3 换气扇 4 烟囱 <input type="checkbox"/>			
	燃料类型	1 液化气 2 煤 3 天然气 4 沼气 5 柴火 6 其他 <input type="checkbox"/>			
	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 <input type="checkbox"/>			
	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 <input type="checkbox"/>			
	禽畜栏	1 无 2 单设 3 室内 4 室外 <input type="checkbox"/>			

南昌市基层医疗卫生机构全科医生签约服务协议书

甲方机构名称：江西财经大学医院 全科医生： 联系电话：

乙方： （家庭成员代表或户主姓名）

联系电话： 健康档案号：

地址：

家庭成员人数及姓名：

为充分发挥社区卫生服务机构健康“守门人”作用，转变服务模式，方便社区居民获得基本医疗卫生服务，本着平等、自愿的原则，乙方自愿聘请甲方为本家庭的签约服务医生，成为甲方的服务对象。经甲乙双方商定，签订本协议。

一、甲方作为服务的提供者，向乙方及其家庭成员提供以下项目的服务：

（一）基本公共卫生服务：

1. 为乙方成员开展健康体检，建立统一、规范的居民个人健康档案，并及时、准确地将相关信息录入相关信息系统。

2. 开展有针对性的健康知识和健康技能教育，每两个月至少举办 1 次健康知识讲座。

3. 及时通知适龄儿童及其家长到指定地点接受常规预防接种，并为目标儿童建立预防接种卡和证。

4. 为 0-6 岁儿童提供健康管理服务，提供包括生长发育监测及评价、辅食添加指导、口腔保健、心理评估等服务以及中医健康指导。对 28 天新生儿进行家庭访视 1 次，指导母乳喂养；1 岁以内婴儿每年健康检查 4 次；1-3 岁儿童每年健康检查 2 次；4-6 岁每年 1 次。

5. 通知孕产妇按时接受健康管理。指导怀孕妇女于孕 12 周前到医疗保健机构建立孕产妇保健手册、定期接受产前检查、住院分娩及产后 42 天健康检查；开展孕产妇访视和上门健康服务及中医健康指导；为产妇进行至少 2 次产后访视。

6. 为老年人进行年度健康体检和中医保健，不定期进行健康指导。

7. 对高血压及糖尿病患者进行年度健康体检。根据评估结果，对血糖（血压）已控制的每年随访 4 次；对首次随访血糖（血压）不满意或有药物反应者，调整药物，2 周后随访；连续随访 2 次血糖（血压）不满意或出现新症状或有药物反应 2 次随访未改善，建议到上级医疗机构就诊，2 周后随访；随访时做好随访服务记录、行为干预和治疗指导。

8. 为重性精神疾病患者建立健康档案。对稳定和基本稳定病人每年至少随访 4 次；对治疗无效或不稳定病人建议转诊，2 周后随访；指导患者亲属对重性精神病人的护理和康复。

（二）基本医疗服务。提供一般病、常见病、多发病的诊疗和护理，诊断明确的慢性病治疗服务；提供家庭出诊、家庭护理、家庭病床等家庭医疗服务；对急性伤病后及手术后的患者、各类

残疾人、各种慢性病患者和年老体弱者等提供康复治疗;提供相关的中医药服务。

(三)家庭健康管理。每年对签约家庭进行1次家庭健康状况评估,为其家庭成员提供健康指导、健康咨询、营养咨询、心理咨询、用药咨询等服务。及时将健教材料发放到签约居民,每年不少于12份;及时将健康大课堂和健康教育讲座等健康活动信息和季节性、突发性公共卫生事件信息告知签约居民,每年不少于12次。

(四)联系转诊服务。如乙方病情超出甲方诊疗水平和能力,甲方不得擅自接诊,而应主动告诉乙方转上级医疗机构就诊;并积极协助乙方联系上级医院的预约诊疗服务,履行转诊手续。

以上(一)、(三)、(四)服务为签约家庭免费享受的服务项目,不收取服务费用。第(二)项基本医疗服务中的内容,根据具体情况进行合理收费。

三、乙方及其家庭成员自愿接受以上所选服务,并承担以下职责:

(一)提供健康相关信息。乙方所有家庭成员主动配合甲方开展上述服务,将身体健康状况、变化情况及与健康相关的信息、资料及时、准确告知甲方,并保证相关信息、资料的真实性、合法性。

(二)预约商定上门服务。需甲方上门服务时,乙方应提前与甲方预约、商定。

(三)执行疾病防治措施。积极参与、配合甲方开展的与疾病防治相关的各种活动,认真执行甲方为其制定的防病治病的相关措施。

(四)反馈甲方服务情况。乙方如对甲方服务不满意,可向机构负责人投诉,乃至更换签约医生。

(五)承担不遵守规定的后果。乙方在接受甲方服务过程中,因乙方对甲方隐瞒病史信息或不执行甲方制定的防治方案、不听从指导意见而影响到服务质量,其产生的不良后果由乙方负责。

四、其他未尽事宜,协议双方可通过协商,增加、细化服务项目,如涉及收费项目,则按照有关文件标准执行。

五、本协议经甲方签字并加盖甲方单位公章和乙方签字后生效,协议一式两份,甲、乙双方各持一份,有效期1年。期满后乙方有意向且符合协议规定的,本协议自动续约。期满后如需解约,乙方需告知甲方,双方签字确认,不提出解约视为自动续约。

六、本协议内容如与国家相关法律法规有抵触者,以国家法律法规为准。

甲方(签名盖章):江西财经大学医院

乙方(签名盖章):

年 月 日

年 月 日



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	<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"/>
		罗音: 1 无 2 干罗音 3 湿罗音 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"/>	<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 _____ $\times 10^9/L$ 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 _____	<input type="checkbox"/>

辅助检查	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 白蛋白_____g/L 结合胆红素_____μmol/L	血清谷草转氨酶_____U/L 总胆红素_____μmol/L		
	肾功能*	血清肌酐_____μmol/L 血钾浓度_____mmol/L	血尿素_____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_____	<input type="checkbox"/>		
	B 超*	腹部 B 超	1 正常 2 异常_____	<input type="checkbox"/>	
		其他	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"/>		
	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"/>		
	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"/>		
	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"/>			
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"/>			
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"/> / <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 _____ Kg)			
		6 建议接种疫苗 _____			
		7 其他 _____			
		<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			

粘 贴 单

填表日期:

责任医生: