**附件1**

**老年人中医药健康管理服务记录表**

**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?（指每年感冒的次数） | 1一年＜2次 | 2一年感冒2-4次 | 3一年感冒5-6次 | 4一年8次以上 | 5几乎每月 |
| (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1-105cm，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 |
| **体质****类型** | **气虚质** | **阳虚质** | **阴虚质** | **痰湿质** | **湿热质** | **血瘀质** | **气郁质** | **特禀质** | **平和质** |
| **体质****辨识** | 1．得分 2．是3．倾向是 | 1．得分 2．是3．倾向是 | 1．得分 2．是3．倾向是 | 1．得分 2．是3．倾向是 | 1．得分 2．是3．倾向是 | 1．得分 2．是3．倾向是 | 1．得分 2．是3．倾向是 | 1．得分 2．是3．倾向是 | 1．得分 2．是3．基本是 |
| **中医药保健****指导** | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   | 1．情志调摄2．饮食调养3．起居调摄4．运动保健5．穴位保健6．其他：   |
| 填表日期 |  年 月 日 | 医生签名 |  |

**填表说明：**

1．该表采集信息时要能够反映老年人近一年来平时的感受，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（附件2）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。