

居民健康档案管理服务规范

一、服务对象

辖区内常住居民（指居住半年以上的户籍及非户籍居民），以0~6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者和肺结核患者等人群为重点。

二、服务内容

（一）居民健康档案的内容

居民健康档案内容包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。

1. 个人基本情况包括姓名、性别等基础信息和既往史、家族史等基本健康信息。

2. 健康体检包括一般健康检查、生活方式、健康状况及其疾病用药情况、健康评价等。

3. 重点人群健康管理记录包括国家基本公共卫生服务项目要求的0~6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病、严重精神障碍和肺结核患者等各类重点人群的健康管理记录。

4. 其他医疗卫生服务记录包括上述记录之外的其他接诊、转诊、会诊记录等。

（二）居民健康档案的建立

1. 辖区居民到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）接受服务时，由医务人员负责为其建立居民健康档案，并根据其主要健康问题和提供服务情况填写相应记录，同时为服务对象填写并发放居民健康档案信息卡。建立电子健康档案的地区，逐步为服务对象制作发放居民健康卡，替代居民健康档案信息卡，作为电子健康档案进行身份识别和调阅更新的凭证。

2. 通过入户服务（调查）、疾病筛查、健康体检等多种方式，由乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）组织医务人员为居民建立健康档案，并根据其主要健康问题和提供服务情况填写相应记录。

3. 已建立居民电子健康档案信息系统的地区应由乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）通过上述方式为个人建立居民电子健康档案。并按照标准规范上传区域人口健康卫生信息平台，实现电子健康档案数据的规范上报。

4. 将医疗卫生服务过程中填写的健康档案相关记录表单，装入居民健康档案袋统一存放。居民电子健康档案的数据存放在电子健康档案数据中心。

（三）居民健康档案的使用

1. 已建档居民到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）复诊时，

在调取其健康档案后，由接诊医生根据复诊情况，及时更新、补充相应记录内容。

2. 入户开展医疗卫生服务时，应事先查阅服务对象的健康档案并携带相应表单，在服务过程中记录、补充相应内容。已建立电子健康档案信息系统的机构应同时更新电子健康档案。

3. 对于需要转诊、会诊的服务对象，由接诊医生填写转诊、会诊记录。

4. 所有的服务记录由责任医务人员或档案管理人员统一汇总、及时归档。

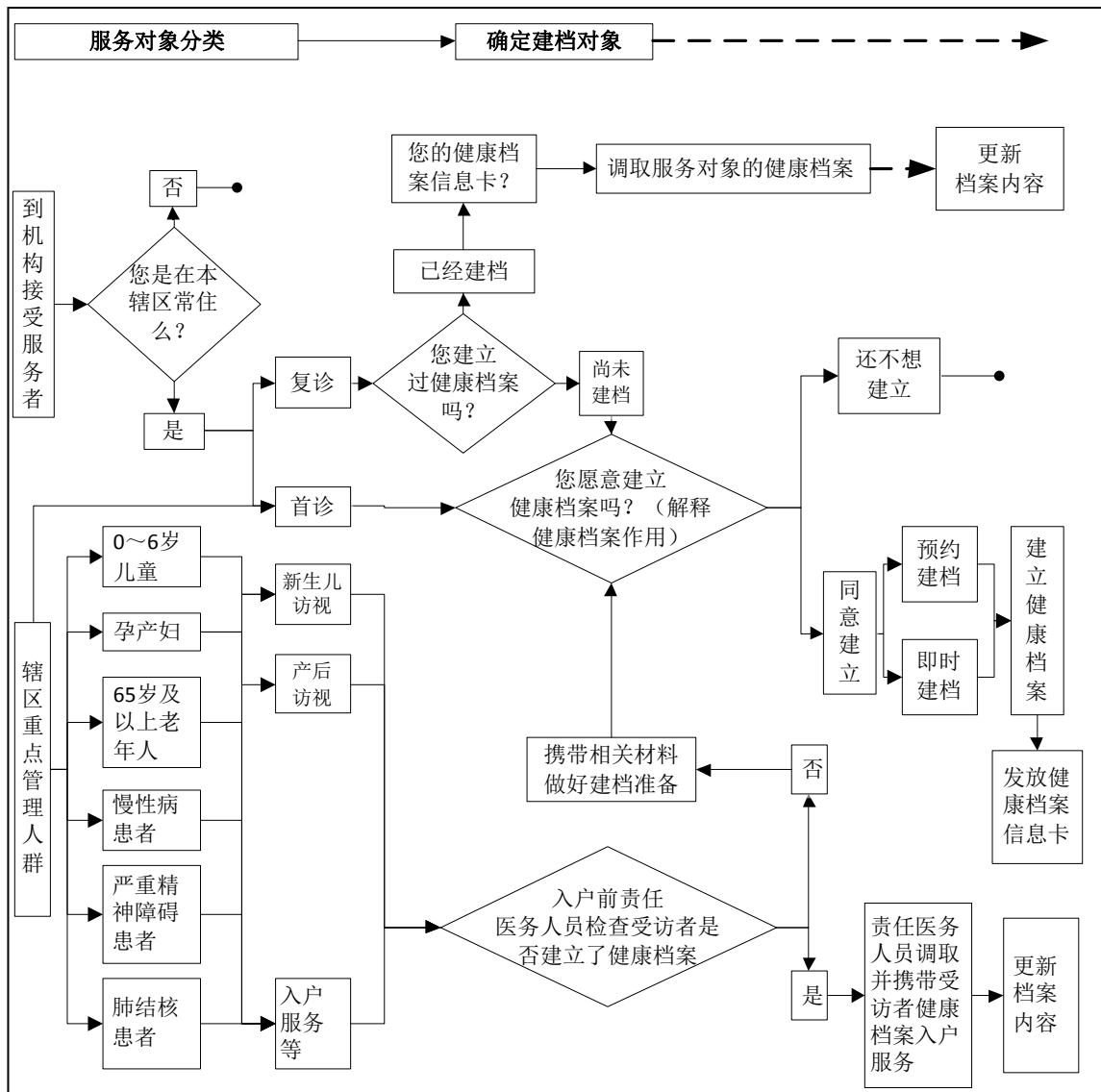
(四) 居民健康档案的终止和保存

1. 居民健康档案的终止缘由包括死亡、迁出、失访等，均需记录日期。对于迁出辖区的还要记录迁往地点的基本情况、档案交接记录等。

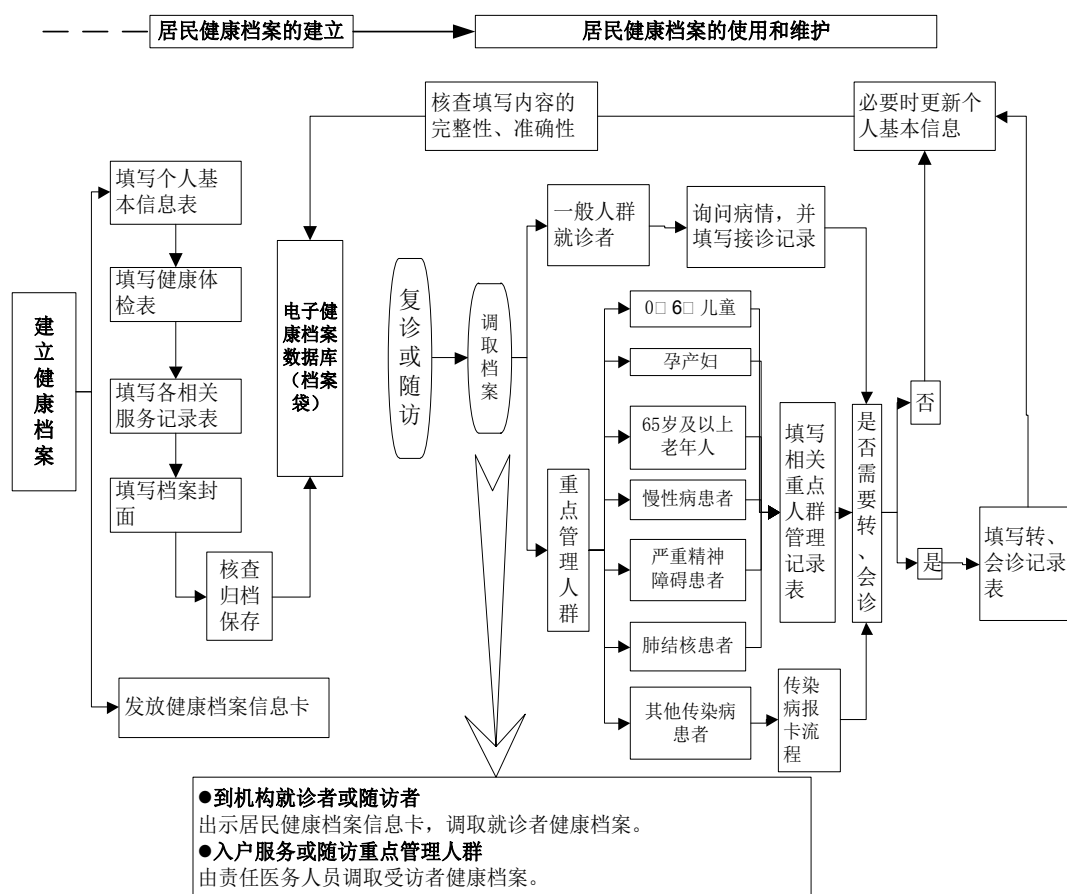
2. 纸质健康档案应逐步过渡到电子健康档案，纸质和电子健康档案，由健康档案管理机构（即居民死亡或失访前管理其健康档案的单位）参照现有规定中的病历的保存年限、方式负责保存。

三、服务流程

(一) 确定建档对象流程图



(二) 居民健康档案管理流程图



四、服务要求

(一) 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)负责首次建立居民健康档案、更新信息、保存档案;其他医疗卫生机构负责将相关医疗卫生服务信息及时汇总、更新至健康档案;各级卫生计生行政部门负责健康档案的监督与管理。

(二) 健康档案的建立要遵循自愿与引导相结合的原则,在使用过程中要注意保护服务对象的个人隐私,建立电子健康档案的地区,要注意保护信息系统的数据安全。

(三) 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)应通过多种信息采集方式建立居民健康档案,及时更新健康档案信息。已建立电子健康档案的地区应保证居民接受医疗卫生服务的信息能汇总到电子健康档案中,保持资料的连续性。

(四) 统一为居民健康档案进行编码,采用17位编码制,以国家统一的行政区划编码为基础,以村(居)委会为单位,编制居民健康档案唯一编码。同时将建档居民的身份证号作为身份识别码,为在信息平台上实现资源共享奠定基础。

(五)按照国家有关专项服务规范要求记录相关内容,记录内容应齐全完整、真实准确、书写规范、基础内容无缺失。各类检查报告单据和转、会诊的相关记录应粘贴留存归档,如果服务对象需要可提供副本。已建立电子版化验和检查报告单据的机构,化验及检查的报告单据交居民留存。

(六)健康档案管理要具有必需的档案保管设施设备,按照防盗、防晒、防高温、防火、防潮、防尘、防鼠和防虫等要求妥善保管健康档案,指定专(兼)职人员负责健康档案管理工作,保证健康档案完整、安全。电子健康档案应有专(兼)职人员维护。

(七)积极应用中医药方法为居民提供健康服务,记录相关信息纳入健康档案管理。

(八)电子健康档案在建立完善、信息系统开发、信息传输全过程中应遵循国家统一的相关数据标准与规范。电子健康档案信息系统应与新农合、城镇基本医疗保险等医疗保障系统相衔接,逐步实现健康管理数据与医疗信息以及各医疗卫生机构间数据互联互通,实现居民跨机构、跨地域就医行为的信息共享。

(九)对于同一个居民患有多种疾病的,其随访服务记录表可以通过电子健康档案实现信息整合,避免重复询问和录入。

五、工作指标

(一)健康档案建档率=建档人数/辖区内常住居民数×100%。

注:建档指完成健康档案封面和个人基本信息表,其中0~6岁儿童不需要填写个人基本信息表,其基本信息填写在“新生儿家庭访视记录表”上。

(二)电子健康档案建档率=建立电子健康档案人数/辖区内常住居民数×100%。

(三)健康档案使用率=档案中有动态记录的档案份数/档案总份数×100%。

注:有动态记录的档案是指1年内与患者的医疗记录相关联和(或)有符合对应服务规范要求的相关服务记录的健康档案。

六、附件

- 1.居民健康档案表单目录
- 2.居民健康档案封面
- 3.个人基本信息表
- 4.健康体检表
- 5.接诊记录表
- 6.会诊记录表
- 7.双向转诊单
- 8.居民健康档案信息卡
- 9.填表基本要求

附件1

居民健康档案表单目录

1. 居民健康档案封面
2. 个人基本信息表
3. 健康体检表
4. 重点人群健康管理记录表（见各服务规范相关表单）
 - 4.1 0~6岁儿童健康管理记录表
 - 4.1.1 新生儿家庭访视记录表
 - 4.1.2 1~8月龄儿童健康检查记录表
 - 4.1.3 12~30月龄儿童健康检查记录表
 - 4.1.4 3~6岁儿童健康检查记录表
 - 4.1.5 男童生长发育监测图
 - 4.1.6 女童生长发育监测图
 - 4.2 孕产妇健康管理记录表
 - 4.2.1 第1次产前检查服务记录表
 - 4.2.2 第2~5次产前随访服务记录表
 - 4.2.3 产后访视记录表
 - 4.2.4 产后42天健康检查记录表
 - 4.3 高血压患者随访服务记录表
 - 4.4 2型糖尿病患者随访服务记录表
 - 4.5 严重精神障碍患者管理记录表
 - 4.5.1 严重精神障碍患者个人信息补充表
 - 4.5.2 严重精神障碍患者随访服务记录表
 - 4.6 肺结核患者管理记录表
 - 4.6.1 肺结核患者第一次入户随访记录表
 - 4.6.2 肺结核患者随访服务记录表
 - 4.7 中医药健康管理服务记录表
 - 4.7.1 老年人中医药健康管理服务记录表
 - 4.7.2 儿童中医药健康管理服务记录表
5. 其他医疗卫生服务记录表
 - 5.1 接诊记录表
 - 5.2 会诊记录表
6. 居民健康信息卡

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：_____

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"/> / <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"/> / <input type="checkbox"/> / <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"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
暴露史	1 无 2 化学品 3 毒物 4 射线 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <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 _____ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月/ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月/ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月 <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月/ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月/ <input type="checkbox"/> 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"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <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"/>			

填表说明：

1. 本表用于居民首次建立健康档案时填写。如果居民的个人信息有所变动，可在原条目处修改，并注明修改时间或重新填写。若失访，在空白处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。若迁出，记录迁往地点基本情况、档案交接记录。0-6岁儿童无须填写该表。

2. 性别：按照国标分为男、女、未知的性别及未说明的性别。

3. 出生日期：根据居民身份证的出生日期，按照年（4位）、月（2位）、日（2位）顺序填写，如19490101。

4. 工作单位：应填写目前所在工作单位的全称。离退休者填写最后工作单位的全称；下岗待业或无工作经历者需具体注明。

5. 联系人姓名：填写与建档对象关系紧密的亲友姓名。

6. 民族：少数民族应填写全称，如彝族、回族等。

7. 血型：在前一个“□”内填写与ABO血型对应编号的数字；在后一个“□”内填写与“RH”血型对应编号的数字。

8. 文化程度：指截至建档时间，本人接受国内外教育所取得的最高学历或现有水平所相当的学历。

9. 药物过敏史：表中药物过敏主要列出青霉素、磺胺或者链霉素过敏，如有其他药物过敏，请在其他栏中写明名称。

10. 既往史：

(1) 疾病 填写现在和过去曾经患过的某种疾病，包括建档时还未治愈的慢性病或某些反复发作的疾病，并写明确诊时间，如有恶性肿瘤，请写明具体的部位或疾病名称，如有职业病，请填写具体名称。对于经医疗单位明确诊断的疾病都应以一级及以上医院的正式诊断为依据，有病史卡的以卡上的疾病名称为准，没有病史卡的应有证据证明是经过医院明确诊断的。可以多选。

(2) 手术 填写曾经接受过的手术治疗。如有，应填写具体手术名称和手术时间。

(3) 外伤 填写曾经发生的后果比较严重的外伤经历。如有，应填写具体外伤名称和发生时间。

(4) 输血 填写曾经接受过的输血情况。如有，应填写具体输血原因和发生时间。

11. 家族史：指直系亲属（父亲、母亲、兄弟姐妹、子女）中是否患过所列出的具有遗传性或遗传倾向的疾病或症状。有则选择具体疾病名称对应编号的数字，可以多选。没有列出的请在“其他”中写明。

12. 生活环境：农村地区在建立居民健康档案时需根据实际情况选择填写此项。

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) <input type="checkbox"/> 毒物种类 粉尘_____ 防护措施 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/> 放射物质_____ 防护措施 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/> 物理因素_____ 防护措施 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/> 化学物质_____ 防护措施 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 防护措施 1 无 2 有_____ <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 _____ <input type="checkbox"/> 齿列 1 正常 2 缺齿 _____ 3 龋齿 _____ 4 义齿(假牙) _____ <input type="checkbox"/> 咽部 1 无充血 2 充血 3 淋巴滤泡增生 _____ <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"/>	
	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"/>
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 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_____mmol/L 血钾浓度_____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"/> / <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"/> / <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 2 建议复查 3 建议转诊 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		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"/> / <input type="checkbox"/> 1 戒烟 2 健康饮酒 3 饮食 4 锻炼 5 减体重 (目标 _____ Kg) 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。

宫体 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 5

接诊记录表

姓名：

编号□□□-□□□□□

就诊者的主观资料：

就诊者的客观资料：

评估：

处置计划：

医生签字：

接诊日期：_____年____月____日

填表说明：

1. 本表供居民由于急性或短期健康问题接受咨询或医疗卫生服务时使用，以能够如实反映居民接受服务的全过程为目的、根据居民接受服务的具体情况填写。

2. 就诊者的主观资料：包括主诉、咨询问题和卫生服务要求等。

3. 就诊者的客观资料：包括查体、实验室检查、影像检查等结果。

4. 评估：根据就诊者的主、客观资料作出的初步印象、疾病诊断或健康问题评估。

5. 处置计划：指在评估基础上制定的处置计划，包括诊断计划、治疗计划、病人指导计划等。

附件 6

会诊记录表

姓名：

编号□□□-□□□□□

会诊原因：

会诊意见：

会诊医生及其所在医疗卫生机构：

医疗卫生机构名称

会诊医生签字

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

责任医生：_____

会诊日期：_____年____月____日

填表说明：

1. 本表供居民接受会诊服务时使用。
2. 会诊原因：责任医生填写患者需会诊的主要情况。
3. 会诊意见：责任医生填写会诊医生的主要处置、指导意见。
4. 会诊医生及其所在医疗卫生机构：填写会诊医生所在医疗卫生机构名称并签署会诊医生姓名。来自同一医疗卫生机构的会诊医生可以只填写一次机构名称，然后在同一行依次签署姓名。

双向转诊单

存 根

患者姓名_____性别_____年龄_____档案编号_____

家庭住址_____联系电话_____

于_____年____月____日因病情需要，转入_____单位

_____科室_____接诊医生。

转诊医生（签字）：

年 月 日

双向转诊（转出）单

_____（机构名称）：

现有患者_____性别_____年龄_____因病情需要，需转入
贵单位，请予以接诊。

初步印象：

主要现病史（转出原因）：

主要既往史：

治疗经过：

转诊医生（签字）：

联系电话：

_____（机构名称）

年 月 日

填表说明：

1. 本表供居民双向转诊转出时使用，由转诊医生填写。
2. 初步印象：转诊医生根据患者病情做出的初步判断。
3. 主要现病史：患者转诊时存在的主要临床问题。
4. 主要既往史：患者既往存在的主要疾病史。
5. 治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。

存 根

患者姓名_____性别_____年龄_____病案号_____

家庭住址_____联系电话_____

于_____年_____月_____日因病情需要，转回_____单位

_____接诊医生。

转诊医生（签字）：

年 月 日

双向转诊（回转）单

_____（机构名称）：

现有患者_____因病情需要，现转回贵单位，请予以接诊。

诊断结果_____住院病案号_____

主要检查结果：

治疗经过、下一步治疗方案及康复建议：

诊医生（签字）：

联系电话：

_____（机构名称）

年 月 日

填表说明：

1. 本表供居民双向转诊回转时使用，由转诊医生填写。
2. 主要检查结果：填写患者接受检查的主要结果。
3. 治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。
4. 康复建议：填写经治医生对患者转出后需要进一步治疗及康复提出的指导建议。

附件 8

居民健康档案信息卡

(正面)

姓 名		性 别		出生日期	年 月 日
健康档案编号				□□□-□□□□□	
ABO 血型	□A □B □O □AB		RH 血型	□Rh 阴性 □Rh 阳性 □不详	
慢性病患者情况：					
□无 □高血压 □糖尿病 □脑卒中 □冠心病 □哮喘					
□职业病 □其他疾病_____					
过敏史：					

(反面)

家庭住址		家庭电话	
紧急情况联系人		联系人电话	
建档机构名称		联系电话	
责任医生或护士		联系电话	
其他说明：			

填表说明：

1. 居民健康档案信息卡为正反两面，根据居民信息如实填写，应与健康档案对应项目的填写内容一致。

2. 过敏史：过敏主要指青霉素、磺胺、链霉素过敏，如有其他药物或食物等其他物质（如花粉、酒精、油漆等）过敏，请写明过敏物质名称。

附件 9

填表基本要求

一、基本要求

(一) 档案填写一律用钢笔或圆珠笔,不得用铅笔或红色笔书写。字迹要清楚,书写要工整。数字或代码一律用阿拉伯数字书写。数字和编码不要填出格外,如果数字填错,用双横线将整笔数码划去,并在原数码上方工整填写正确的数码,切勿在原数码上涂改。

(二) 在居民健康档案的各种记录表中,凡有备选答案的项目,应在该项目栏的“□”内填写与相应答案选项编号对应的数字,如性别为男,应在性别栏“□”内填写与“1 男”对应的数字 1。对于选择备选答案中“其他”或者是“异常”这一选项者,应在该选项留出的空白处用文字填写相应内容,并在项目栏的“□”内填写与“其他”或者是“异常”选项编号对应的数字,如填写“个人基本信息表”中的既往疾病史时,若该居民曾患有“腰椎间盘突出症”,则在该项目中应选择“其他”,既要在“其他”选项后写明“腰椎间盘突出症”,同时在项目栏“□”内填写数字 13。对各类表单中没有备选答案的项目用文字或数据在相应的横线上或方框内据情填写。

(三) 在为居民提供诊疗服务过程中,涉及到疾病诊断名称时,疾病名称应遵循国际疾病分类标准 ICD-10 填写,涉及到疾病中医诊断病名及辨证分型时,应遵循《中医病证分类与代码》(GB/T15657—1995, TCD)。

二、居民健康档案编码

统一为居民健康档案进行编码,采用 17 位编码制,以国家统一的行政区划编码为基础,村(居)委会为单位,编制居民健康档案唯一编码。同时将建档居民的身份证号作为统一的身份识别码,为在信息平台下实现资源共享奠定基础。

第一段为 6 位数字,表示县及县以上的行政区划,统一使用《中华人民共和国行政区划代码》(GB2260);

第二段为 3 位数字,表示乡镇(街道)级行政区划,按照国家标准《县以下行政区划代码编码规则》(GB/T10114-2003)编制;

第三段为 3 位数字,表示村(居)民委员会等,具体划分为:001-099 表示居委会,101-199 表示村委会,901-999 表示其他组织;

第四段为 5 位数字,表示居民个人序号,由建档机构根据建档顺序编制。

在填写健康档案的其他表格时,必须填写居民健康档案编号,但只需填写后

8 位编码。

三、各类检查报告单据及转诊记录粘贴

服务对象在健康体检、就诊、会诊时所做的各种化验及检查的报告单据，都应该粘贴留存归档。可以有序地粘贴在相应健康体检表、接诊记录表、会诊记录表的后面。

双向转诊（转出）单存根与双向转诊（回转）单可另页粘贴，附在相应位置上与本人健康档案一并归档。

四、其他

各类表单中涉及的日期类项目，如体检日期、访视日期、会诊日期等，按照年（4 位）、月（2 位）、日（2 位）顺序填写。