附件5

**老年人居家医疗健康服务前风险评估表**

姓名： 性别： 年龄： 岁 居家号/ID号 评估日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **评估项目** | | | **评估结果** | | **备注** | |
| **环境方面** | | | **没有** | **有** |  | |
| 1 | 居住地区公共交通缺陷 | |  |  |  | |
| 2 | 居家四周环境安全风险 | |  |  |  | |
| 3 | 饲养动物/家禽伤人风险 | |  |  |  | |
| 4 | 电话网络等通讯设施缺陷 | |  |  |  | |
| 5 | 居住地治安是否有风险 | |  |  |  | |
| **情绪方面** | | |  |  |  | |
| 1 | 情绪不稳定倾向 | |  |  |  | |
| 2 | 暴力行为倾向 | |  |  |  | |
| 3 | 精神病史 | |  |  |  | |
| **社交支援** | | |  |  |  | |
| 1 | 家人/朋友照顾缺陷 | |  |  |  | |
| 2 | 滥用药物/酒精 | |  |  |  | |
| 3 | 邻居关系紧张（例如常吵架） | |  |  |  | |
| **其他需注意地方** | | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
| **健康状况** | | |  |  |  | |
| 1 | 失能等级 | |  | | | |
| 2 | 服务对象所患疾病 | |  | | | |
| 3 | 服务对象所需医疗服务 | |  | | | |
| 4 | 服务方式 | 上门巡诊 | | 远程医疗 | | 其他 |

评估人员：