附件8

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** | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 评估者签名： | | | | |
| 年 月 日 | | | | |