

## 居家养老菜单式服务项目

| 规定服务项目 | 服务类别   | 服务项目         | 服务标准                           | 备注          |
|--------|--------|--------------|--------------------------------|-------------|
|        | 能源损耗   | 水电费          | 5 元/月                          | 不可变更        |
|        | 医疗巡诊服务 | 巡诊费          | 5 元/月                          | 不可变更        |
|        | 应急援助服务 | 信息费          | 10 元/月                         |             |
| 自选服务需求 | 生活照料服务 | 采购日用品        | 服务网点送（现金付款）或志愿者服务              |             |
|        |        | 助洁服务         | 8 元/小时                         | 自费 9 元/小时   |
|        |        | 入户理发         | 4-5元/次                         |             |
|        |        | 洗衣缝补         | 洗：8 元/小时（手洗）6 元/小时（机洗）缝：5 元/小时 | 自费手洗 9 元/小时 |
|        |        | 入户做饭         | 10 元/小时                        | 大餐          |
|        |        | 送餐送水         | 服务网点预订（现金付款）或志愿者服务             |             |
|        |        | 助浴           | 8 元/小时（在家） 3 元/次（接送）           | 自费（家）9 元/小时 |
|        |        | 日间照料         | 15 元/日                         | 在社区         |
|        |        | 饮食照料         | 8 元/小时                         | 自费 9 元/小时   |
|        |        | 家居照料         | 8 元/小时                         | 自费 9 元/小时   |
|        |        | 辅助擦身         | 8 元/小时                         |             |
|        |        | 辅助护理         | 8 元/小时                         |             |
|        |        | 时段替补         | 8 元/小时                         |             |
|        |        | 联系亲友         | 志愿者服务                          |             |
|        |        | 代缴费用         | 5 元/月或志愿者服务                    |             |
|        | 户外活动   | 8 元/小时（不能自理） | 自费 9 元/小时                      |             |
|        | 医疗保健服务 | 陪诊就医         | 8 元/小时                         | 自费 9 元/小时   |
|        |        | 上门静点         | 4 元/次                          |             |
|        |        | 常见病陪护        | 8 元/小时                         | 自费 9 元/小时   |
|        |        | 购药送药         | 代买或志愿者服务                       |             |
|        |        | 康复护理         | 8 元/小时                         |             |
|        |        | 家庭病变         | 5 元/小时                         | 自费 9 元/小时   |
|        |        | 心理卫生         | 5 元/小时                         |             |
|        | 法律维权服务 | 法律援助         | 无偿或低偿                          |             |
|        |        | 法律咨询         | 无偿                             |             |
|        | 精神慰藉服务 | 聊天、心理疏导、排遣寂寞 | 无偿：<br>志愿者服务、社区工作者关怀           |             |





## 居家养老服务（自费）申请表

街道办事处/社区：\_\_\_\_\_

申请人姓名：\_\_\_\_\_

编 号：\_\_\_\_\_

申 请 日 期：\_\_\_\_\_

# 居家养老服务（自费）申请表

（服务申请人填写）

## 一、个人资料

|       |                     |        |  |       |
|-------|---------------------|--------|--|-------|
| 姓名    |                     | 性别     |  | 一寸免冠照 |
| 民族    |                     | 籍贯     |  |       |
| 出生年月  |                     | 身份证号码  |  |       |
| 文化程度  | 文盲 小学 初中 高中 大专 本科以上 |        |  |       |
| 原工作单位 |                     | 婚姻状况   |  |       |
| 户籍所在地 | 区 街 号 单元 楼 室        |        |  |       |
| 居住地址  | 区 街 号 单元 楼 室        |        |  |       |
| 邮编    |                     | 住宅电话   |  |       |
|       |                     | 移动电话   |  |       |
| 代理人姓名 |                     | 与申请人关系 |  |       |
| 代理人地址 | 区 街 号 单元 楼 室        |        |  |       |
| 邮编    |                     | 住宅电话   |  |       |
|       |                     | 移动电话   |  |       |

## 二、目前生活状态

|      |                     |           |                    |                  |          |
|------|---------------------|-----------|--------------------|------------------|----------|
| 自理能力 | 穿衣<br>做饭菜<br>梳头、上厕所 | 行走<br>打电话 | 吃饭<br>简单家务<br>室外活动 | 服药<br>洗澡<br>不能自理 | 洗衣<br>购物 |
| 视觉能力 | 裸眼： 可辨 不可辨          |           | 戴眼镜： 可辨 不可辨        |                  |          |
| 以往病史 |                     |           |                    |                  |          |

### 三、服务申请

|        |   |      |        |          |
|--------|---|------|--------|----------|
| 申请次数   | 首次  | 第二次  | 第三次    | 第四次      |
| 申请原因   | 年老体弱  | 身体疾病 | 精神（疾病） | 智障 肢残    |
| 申请时间   | 年   | 月    | 日      | —— 年 月 日 |
| 申请服务金额 | 元/月   |      |        |          |
| 服务需求   | <p>1、生活照料服务：<br/>           采购日用品      打扫室内卫生      入户理发      洗衣<br/>           做饭              送餐                      助浴              入托</p> <p>2、医疗保健服务：<br/>           陪诊就医              上门静点              常见病陪护      康复护理<br/>           家庭病床              心理卫生</p> <p>3、精神慰藉服务：<br/>           聊天谈心              阅读报纸              情感倾述              联系家人</p> <p>4、应急求助服务：<br/>           安装智能呼叫系统      水、电、气故障应急帮助<br/>           疾病应急救助</p> <p>5、其他服务：<br/>           联系入住福利机构      法律维权服务<br/>           文化教育服务              体育健身服务</p> |      |        |          |

### 四、申请人承诺

(管理机构人员填写)

### 五、服务申请处理结果

|      |   |
|------|---|
| 处理意见 | <input type="checkbox"/> 提供服务（转至“六、服务约定”）<br><input type="checkbox"/> 不予服务（原因：_____）<br>负责人签名：_____（盖章） 日期：_____年_____月_____日 |
|------|---|

### 六、服务约定

|      |  |
|------|--|
| 服务约定 | <p>街道办事处居家养老服务机构与服务申请人约定：</p> <p>服务形式：居家养老服务</p> <p>自费金额：_____元/月</p> <p>服务开始日期：_____年_____月_____日</p> <p>具体服务项目：</p> <p>申请人签名：_____（盖章） 日期：_____年_____月_____日</p> <p>服务机构<br/>负责人签名：_____（盖章） 日期：_____年_____月_____日</p> |
|------|--|

## 农村居家养老服务补助申请表（自费）申请表

\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_乡（镇）\_\_\_\_\_村（屯）

No: \_\_\_\_\_

|               |  |   |   |      |      |        |     |
|---------------|--|---|---|------|------|--------|-----|
| 申请人姓名         |  | 出生日期  | 年   | 月    | 日    | 一寸免冠照片 |     |
| 性 别           | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  | 年 龄   |   |      |      |        | 周 岁 |
| 身份证号码         |  | 月人均收入   |   |      |      |        | 元   |
| 家庭人口          |  | 联系电话  | 住宅:   |      |      |        |     |
|               |  |   | 移动:   |      |      |        |     |
| 居住地址          |  |   |   |      |      |        |     |
| 身体状况          | <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 半失能 <input type="checkbox"/> 重度残疾   |   |   |      |      |        |     |
| 服务类别          | <input type="checkbox"/> “三无”老人 <input type="checkbox"/> “孤寡”老人 <input type="checkbox"/> 享受低保待遇老人 <input type="checkbox"/> 独居老人  |   |   |      |      |        |     |
| 生活状态          | <input type="checkbox"/> 子女均不在本村屯居住 <input type="checkbox"/> 子女在本屯居住但长期外出务工<br><input type="checkbox"/> 子女为低保对象 <input type="checkbox"/> 子女为重度残疾人 <input type="checkbox"/> 其他: |   |   |      |      |        |     |
| 低保金额          | 元  | 低保证编号   |   |      |      |        |     |
| 残疾证编号         |  | 残疾类型及等级   |   |      |      |        |     |
| 申 请 人 配 偶 情 况 |  |   |   |      |      |        |     |
| 姓 名           |  | 出生日期  | 年   | 月    | 日    | （ 周岁）  |     |
| 身体状况          | <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 半失能 <input type="checkbox"/> 重度残疾 <input type="checkbox"/> 生活自理   |   |   |      |      |        |     |
| 申 请 人 家 庭 情 况 |  |   |   |      |      |        |     |
| 子女姓名          | 是否与老人同住  | 是否享受低保  | 是否重度残疾  | 联系电话 | 居住地址 |        |     |
|               | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |      |      |        |     |
|               | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |      |      |        |     |
|               | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |      |      |        |     |
|               | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |      |      |        |     |





福寿和  
居家养老服务对象档案

服务类别：

- |                                 |                                |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 独居老人   | <input type="checkbox"/> 三无老人  | <input type="checkbox"/> 孤寡老人  |
| <input type="checkbox"/> 低保老人   | <input type="checkbox"/> 困难老人  | <input type="checkbox"/> 超高龄老人 |
| <input type="checkbox"/> 重点优抚对象 | <input type="checkbox"/> 国家级劳模 | <input type="checkbox"/> 其它老人  |

街道社区：\_\_\_\_\_办事处\_\_\_\_\_社区

姓 名：\_\_\_\_\_

建档日期：\_\_\_\_\_

## 填表要求及说明

一、 此表由各街道办事处指派专人，并在入户核实相关情况后进行填写，所填信息要真实、准确。档案上报前，建档责任人及社会事务办主任要签字确认。

二、 建档统计对象为户籍在\_\_\_\_\_，且在\_\_\_\_\_居住的60周岁（含60周岁）以上的独居老人、“三无”老人、“孤寡”老人、低保、困难老人、超高龄老人、重点优抚对象和国家级劳模等。

1、独居老人是指：①其子女与老人在不同城市生活的。②与子女虽在同一城市生活，但因子女均享受低保或重度残疾而无力赡养老人的。

2、“三无”老人是指：无劳动能力、无生活来源、无法定抚养人或赡养人的老年人。

3、“孤寡”老人是指：无法定抚养人或赡养人、无配偶的老年人。

4、低保、困难老人是指：享受低保的老年人；家庭人均收入在490元/月以下的老年人。

5、超高龄老人是指：90周岁（含90周岁）以上老人。

6、重点优抚对象是指：三属（革命烈士遗属、因公牺牲遗属、病故军人遗属），在乡复员军人、残疾军人、带病回乡退伍军人。

三、此档案采用人性化设计方式，包含“填写”和“选项”两种填报方式。选项栏一般为单项选择，注明“可多项选择”的选项栏方可进行多选。

四、老人“性格特征”的描述要力求简洁、客观、真实。

五、“动态纪录”栏用来记载建立此档案后，老年人情况发生的变化及有关事宜。

## 一、个人资料

|        |   |         |  |
|--------|---|---------|--|
| 姓名     |   | 身份证号码   |  |
| 性别     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   | 民族      |  |
| 出生年月   | 年 月   | 文化程度    | <input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中<br><input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 本科以上 |
| 籍贯     |   | 婚姻状况    | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚  |
| 原工作单位  |   | 爱好特长    |  |
| 是否享受低保 | <input type="checkbox"/> 享受 <input type="checkbox"/> 不享受  | 家庭月人均收入 |  |
| 身体状况   | <input type="checkbox"/> 生活能自理 <input type="checkbox"/> 生活半自理 <input type="checkbox"/> 生活不能自理   |         |  |
| 生活赡养方式 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 福利机构 <input type="checkbox"/> 其他 |         |  |
| 护理照顾情况 | <input type="checkbox"/> 无需 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 亲友 <input type="checkbox"/> 保姆                               |         |  |
| 户籍所在地  | 区   | 街       | 号 单元 楼 室   |
| 居住地址   | 区   | 街       | 号 单元 楼 室   |
| 居住地邮编  |   | 住宅电话    |  |
|        |   | 移动电话    |  |

## 二、配偶情况

|      |   |       |  |
|------|---|-------|--|
| 姓名   |   | 身份证号码 |  |
| 出生年月 | 年 月   | 原工作单位 |  |
| 身体状况 | <input type="checkbox"/> 生活能自理 <input type="checkbox"/> 生活半自理 <input type="checkbox"/> 生活不能自理 |       |  |

### 三、 子女情况

| 子女姓名 | 是否与老人同住   | 居住地域   | 是否享受低保  | 是否重度残疾   | 联系电话 |
|------|---|--|---|--|------|
|      | <input type="checkbox"/> 同住<br><input type="checkbox"/> 不同住 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 外区<br><input type="checkbox"/> 外市县 <input type="checkbox"/> 国外 | <input type="checkbox"/> 享受<br><input type="checkbox"/> 不享受 | <input type="checkbox"/> 不是<br><input type="checkbox"/> 二十以上残疾 |      |
|      | <input type="checkbox"/> 同住<br><input type="checkbox"/> 不同住 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 外区<br><input type="checkbox"/> 外市县 <input type="checkbox"/> 国外 | <input type="checkbox"/> 享受<br><input type="checkbox"/> 不享受 | <input type="checkbox"/> 不是<br><input type="checkbox"/> 二十以上残疾 |      |
|      | <input type="checkbox"/> 同住<br><input type="checkbox"/> 不同住 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 外区<br><input type="checkbox"/> 外市县 <input type="checkbox"/> 国外 | <input type="checkbox"/> 享受<br><input type="checkbox"/> 不享受 | <input type="checkbox"/> 不是<br><input type="checkbox"/> 二十以上残疾 |      |
|      | <input type="checkbox"/> 同住<br><input type="checkbox"/> 不同住 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 外区<br><input type="checkbox"/> 外市县 <input type="checkbox"/> 国外 | <input type="checkbox"/> 享受<br><input type="checkbox"/> 不享受 | <input type="checkbox"/> 不是<br><input type="checkbox"/> 二十以上残疾 |      |
|      | <input type="checkbox"/> 同住<br><input type="checkbox"/> 不同住 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 外区<br><input type="checkbox"/> 外市县 <input type="checkbox"/> 国外 | <input type="checkbox"/> 享受<br><input type="checkbox"/> 不享受 | <input type="checkbox"/> 不是<br><input type="checkbox"/> 二十以上残疾 |      |

### 四、 目前生活状况

|        |   |
|--------|---|
| 经济状况   | <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 子女补贴 <input type="checkbox"/> 政府低保 <input type="checkbox"/> 亲友资助 <input type="checkbox"/> 其他补贴  |
| 居住状况   | <input type="checkbox"/> 与子女生活 <input type="checkbox"/> 与配偶生活 <input type="checkbox"/> 与亲属生活 <input type="checkbox"/> 独自生活  |
| 住房性质   | <input type="checkbox"/> 私产房 <input type="checkbox"/> 公产房 <input type="checkbox"/> 廉租房 <input type="checkbox"/> 租赁房   |
| 帮助照料   | <p>●您需要帮助时（包括患病时）能否得到照料：<br/> <input type="checkbox"/>能 <input type="checkbox"/>不能</p> <p>●如有，谁帮助照料<br/> <input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>亲友邻居 <input type="checkbox"/>服务机构 <input type="checkbox"/>其他</p> |
| 习惯就医方式 | <input type="checkbox"/> 家庭病房 <input type="checkbox"/> 社区医生<br><input type="checkbox"/> 外出就诊 <input type="checkbox"/> 习惯就诊的医院   |

五、 健康情况

|                   |   |   |  |
|-------------------|---|---|--|
| 医疗保障              | <input type="checkbox"/> 医疗保险 <input type="checkbox"/> 自费   |   |  |
| 视力状况              | 裸眼： <input type="checkbox"/> 可辨 <input type="checkbox"/> 不可辨  | 戴眼镜： <input type="checkbox"/> 可辨 <input type="checkbox"/> 不可辨 |  |
| 行走状况              | <input type="checkbox"/> 能自己行走 <input type="checkbox"/> 行走不灵便<br><input type="checkbox"/> 依靠器械 <input type="checkbox"/> 不能行走  |   |  |
| 睡眠质量              | <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 一般<br><input type="checkbox"/> 偶尔失眠 <input type="checkbox"/> 经常失眠  |   |  |
| 血型                | <input type="checkbox"/> A 型 <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> AB 型 <input type="checkbox"/> O 型  |   |  |
| 以往病史<br>(可多项选择)   | <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬化<br><input type="checkbox"/> 气管炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病<br><input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 |   |  |
| 是否需要周期性体检         | <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要  | 是否需要随访  | <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 |
| 是否需要家庭病床          | <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要  |   |  |
| 自理生活状态<br>(可多项选择) | <input type="checkbox"/> 穿衣 <input type="checkbox"/> 行走 <input type="checkbox"/> 吃饭 <input type="checkbox"/> 服药 <input type="checkbox"/> 洗衣<br><input type="checkbox"/> 做饭菜 <input type="checkbox"/> 打电话 <input type="checkbox"/> 简单家务 <input type="checkbox"/> 洗澡 <input type="checkbox"/> 购物<br><input type="checkbox"/> 梳头、上厕所 <input type="checkbox"/> 室外活动 <input type="checkbox"/> 不能自理 |   |  |
| 配偶以往病史<br>(手工填写)  |   |   |  |







福寿和  
居家养老服务入户巡诊档案

---

太原福寿和养老服务中心

监制

# 使用说明

1、《居家养老服务入户巡诊档案》用于记载居家养老入户巡诊服务情况和老人健康状况，并作为评价社区卫生服务机构提供居家养老服务质量的依据。

2、本《档案》一式两份，分别由接受服务的老人和提供服务的医疗机构各留一份。

3、《入户巡诊档案》一页由上门巡诊的医疗机构在核实服务对象相关情况后进行填写，所填写信息必须真实、准确、全面、完整，并在页眉处加盖单位公章。《入户巡诊档案》编号须与老人《居家养老服务档案》编号一致，由社区居家养老服务站提供。

4、《入户巡诊健康检查记录表》，由巡诊医生在每次上门巡诊服务后负责填写。填写时，要求字迹工整清晰，项目填写完整，并及时为老人提供有针对性的健康指导。

5、本《档案》应妥善保管，如遗失或用完请及时到\_\_\_\_\_区居家养老服务指导中心申请补领或领取。

## 福寿和居家养老服务入户巡诊档案

编号：

|          |   |   |  |       |               |
|----------|---|---|--|-------|---------------|
| 姓名       |   | 性别  |  | 出生日期  |               |
| 身份证号     |   |   |  | 民族    |               |
| 家庭电话     |   | 联系人姓名   |  | 联系人电话 |               |
| 常住类型     | 1 户籍                      2 非户籍   |   |  |       |               |
| 血型       | 1 A 型              2 B 型              3 O 型              4 AB 型              5 RH 阴性  |   |  |       |               |
| 文化程度     | 1 文盲及半文盲   2 小学   3 初中   4 高中   5 中专   6 大专及以上   7 不详   |   |  |       |               |
| 婚姻状况     | 1 已婚              2 未婚              3 离婚              4 丧偶              5 分居  |   |  |       |               |
| 医疗费用支付方式 | 1 全公费   2 部分公费   3 城镇职工医疗保险              4 城镇居民医疗保险<br>5 商业医疗保险   6 新型农村合作医疗   7 贫困救助   8 全自费   9 其他_____   |   |  |       |               |
| 药物过敏史    | 1 无              有：2 青霉素   3 磺胺   4 链霉素   5 其他_____   |   |  |       |               |
| 暴露史      | 1 无              有：2 化学品_____ 3 毒物_____ 4 射线_____   |   |  |       |               |
| 既往史      | 疾病  | 1 高血压    确诊时间    年    月    2 糖尿病              确诊时间    年    月<br>3 冠心病    确诊时间    年    月    4 恶性肿瘤              确诊时间    年    月<br>5 脑卒中    确诊时间    年    月    6 COPD              确诊时间    年    月<br>7 结核病    确诊时间    年    月    8 精神分裂              确诊时间    年    月<br>9 肝炎        确诊时间    年    月    10 其他_____              确诊时间    年    月 |  |       |               |
|          | 手术  | 1 无    2 有：名称 1_____时间_____/名称 2_____时间_____  |  |       |               |
|          | 外伤  | 1 无    2 有：名称 1_____时间_____/名称 2_____时间_____  |  |       |               |
|          | 输血  | 1 无    2 有：原因 1_____时间_____/原因 2_____时间_____  |  |       |               |
| 家族史      | 1 高血压   2 糖尿病   3 冠心病   4 恶性肿瘤   5 过敏史   6 精神分裂症<br>9 脑卒中   7 结核病   8 肝炎      10 先天畸形   11 其他_____  |   |  |       |               |
|          | 父亲  | □/□/□/□/□/□/□   |  | 母亲    | □/□/□/□/□/□/□ |
|          | 兄弟姐妹  | □/□/□/□/□/□/□   |  | 子女    | □/□/□/□/□/□/□ |
| 遗传病史     | 1、□ 无<br>2、□ 有：疾病名称_____  |   |  |       |               |
| 有无残疾     | 1 无残疾              2 耳残疾              3 言语残疾              4 肢体残疾<br>5 智力残疾              6 眼残疾              7 精神分裂              残疾证号_____  |   |  |       |               |
| 健康状况     | 1 头痛   2 头晕   3 心悸   4 胸闷   5 胸痛   6 慢性咳嗽   7 咳痰   8 呼吸困难   9 多饮<br>10 多尿   11 体重下降   12 乏力   13 关节肿痛   14 视力模糊   15 手脚麻木   16 消瘦<br>17 尿痛   18 便秘   19 腹泻   20 恶心呕吐   21 眼花   22 耳鸣   23 其他_____ |   |  |       |               |

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/288023050106007003>