附件4

基本情况登记表

（模板）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登记日期 年 月 日 | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | |
| 民 族 |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | |
| 住 址 |  | | | | | | | |
| 监护人姓名 |  | | 监护人联系电话 | | | | |  |
| 我已理解工作人员讲解的内容，自愿参加社区康复活动。  患者（监护人，含经监护人授权的照料人）签名：  签字时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | □已婚 □未婚 □离婚 □丧偶 □分居 □其他 | | | | | | | |
| 居住情况 | □与亲属共同生活 □与朋友共同生活  □独自生活，但家人定时探望 □独自生活  □亲友或朋友共同生活 | | | | | | | |
| 家庭电话 |  | 联系人姓名 | | |  | 联系人电话 | |  |
| 共同居住者  （可多选） | □父母 □配偶 □子女 □同胞  □亲戚 □朋友 □同学 □同事  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □无 | | | | | | | |
| 与共同居住者的关系 | □好 □良好 □一般 □差 □很差 | | | | | | | |
| 居住环境 | □好 □良好 □一般 □差 □很差 | | | | | | | |
| 经济状况 | □好 □一般 □困难 | | | | | | | |
| 经济来源 | □工资 □积蓄 □家人支持  □政府救助（□低保 □残疾人补贴）  □其他\_\_\_\_\_\_\_ □无 | | | | | | | |
| 钱物管理 | □自行决定支出 □由家人协助管理  □由家人管理 | | | | | | | |
| 疾病诊断情况 |  | | | 首次发病时间 | | |  | |
| 既往行为 | □攻击、冲动行为史 □犯罪史  □严重自伤、自杀行为史 □药物、酒精滥用史  □无严重自伤、自杀行为史、药物、酒精滥用史、具有冲动、判断力差、不成熟、情绪不稳、自控力差等性格特征  □具有反社会型、冲动型人格特征  □早年不良家庭环境、遭受父母虐待 | | | | | | | |
| 目前行为/危险 | □已发生危害他人安全的行为  □存在危害他人安全的危险 □已发生自杀自伤行为 □存在自杀自伤的危险 □无上述行为或危险 | | | | | | | |
| 服药依从性 | □规律 □间断 □不服药 □医嘱勿须服药 | | | | | | | |
| 服药方式 | □自行服药 □他人给药自己服 □注射给药  □医嘱停药 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 治疗药物及  每日剂量 |  | | | | | | | |
| 药物不良反应  （可多选） | □震颤 □静坐不能 □肌肉僵硬 □眩晕 □乏力  □嗜睡 □恶心 □便秘 □呼吸困难 □月经紊乱  □体重增加 □QTC延长 □饮食异常 □其它\_\_\_ □无 | | | | | | | |
| 治疗效果 | □痊愈 □好转 □无变化 □加重 □其他 | | | | | | | |
| 基础性疾病信息 | □心脏病 □糖尿病 □高血压 □其他\_\_\_ □无 | | | | | | | |
| 注：在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容。 | | | | | | | | |