

贵州省失能老年人上门健康服务申请表

申请人姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	照片 (小2寸)
联系电话		年龄(岁)		
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□			
户籍地址	_____县(市、区)_____乡镇(街道)_____行政村(社区)_____			
居住地址	_____县(市、区)_____乡镇(街道)_____行政村(社区)_____			
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚			
子女情况	()男 ()女(目前在世的,填写数字)			
居住情况	<input type="checkbox"/> 与配偶居住 <input type="checkbox"/> 与子女居住 <input type="checkbox"/> 与亲友居住 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 入住机构			
自理情况	<input type="checkbox"/> 可自理 <input type="checkbox"/> 轻度依赖 <input type="checkbox"/> 中度依赖 <input type="checkbox"/> 不能自理			
监护人姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	与申请人关系
联系电话		年龄(岁)		
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□			
居住住址	_____县(市、区)_____乡镇(街道)_____村(社区)_____			
申请者知情同意 本着自愿申请原则,接受失能老年人免费上门健康服务。本人已知晓本项目旨在尽力维持失能老年人机体功能状态、改善失能老年人生活质量而提供的老年健康管理及医养结合有关服务。 失能老年人或监护人签名: _____ 年 月 日				
行政村(社区)初审意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 _____村(社区)签名(盖章): _____ 年 月 日			
乡镇政府(街道办事处)意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 _____乡镇政府(街道办事处)签名(盖章): _____ 年 月 日			
基层医疗卫生机构审核意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 _____基层医疗卫生机构签名(盖章): _____ 年 月 日			
备注	本表格全部审核完毕后需复印2份,原件由基层医疗卫生机构留档,1份交予申请人留存,1份交与县级卫生健康局备案。			