

DB 3204

常 州 市 地 方 标 准

DB 3204/T XXXX—XXXX

“德康驿站”服务规范

Service specification of “De Kang courier station”

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由常州市民政局提出并归口。

本文件起草单位：常州市德安医院、常州市民政局。

本文件主要起草人：张杰辉、潘奕、万里、庄韧、孙菡、宗毅、郭金华、冯榴君、朱怡琳。

"德康驿站"服务规范

1 范围

本文件规定了“德康驿站”的基本要求、服务内容、服务流程、档案管理、评价与改进。
本文件适用于常州市行政区域内“德康驿站”开展精神障碍社区康复服务工作。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

德康驿站 de kang courier station

由常州市政府主导，在社区统一建立的为精神障碍患者提供各类康复服务的场所。

3.2

自理能力 self-care ability

精神障碍个体在生活中自己照料自己的行为能力，包括处理日常生活事务的能力、处理好人际关系的能力、独自承受和应对各种压力的能力和在学习上独自思考独立理解的能力。

3.3

复发 relapse

精神障碍个体经规范治疗达到临床缓解并出院后，再次发生精神障碍。

3.4

精神康复 psychiatric rehabilitation

通过生物、社会、心理的各种方法，使由于精神疾病所导致的精神障碍个体社会功能缺损得以恢复，促进个体复元、融入社会和提高生活质量。

3.5

精神障碍社区康复 community rehabilitation for mental disorders

社区康复机构为需要康复的精神障碍个体提供场所和条件，对精神障碍康复服务对象进行生活自理能力和社会适应能力等方面的康复训练。

3.6

精神障碍社区康复服务对象 **community rehabilitation service objects for mental disorders**
在社区康复机构所在辖区内居住（包括长期居住、临时居住）、工作和学习等情况下有康复需求的精神障碍个体。

3.7

转介 referrals

由第三方机构或部门与社区康复机构间单向或双向介绍服务对象的一种方式。

3.8

接案 take the case

社区康复机构通过收集服务对象资料、面谈和初步评估，确定服务对象属于本机构服务范畴，并提供康复服务的实施过程。

3.9

评估 assessment

运用评估工具对服务对象的功能缺陷、康复需求、康复风险和适应性以及康复效果进行评价的过程。

3.10

结案 case closed

服务对象的主要诉求已经解决，康复计划已完成，服务对象能够自主或在照顾者协助下应对在疾病发作、治疗和康复过程中的困难，根据事先约定的协议与服务对象协商结束专业服务的过程。

3.11

个案管理 case management

对已经明确诊断的服务对象，根据其病情和心理社会功能特点和需求，通过评估其精神症状损害或面临的主要问题，有针对性地制订阶段性康复方案和措施（又称“个体服务计划”）并实施。

3.12

同伴支持 peer support

指经过筛选、评估和培训的康复良好的精神障碍患者为其他患者提供情感支持、疾病健康教育和自我管理、社交和生活技能交流等服务。

3.13

家庭支持 family support

指个体获得的来自家庭物质或精神上的帮助和支持。

4 基本要求

4.1 选址

4.1.1 场所选址应在交通便利，周边无有毒、有害和易燃、易爆产品储存场所。

4.1.2 应有相对独立的房屋和固定的活动场所；方便患者参与康复活动，建筑面积不得少于 200 m²。

4.2 管理

4.2.1 应建立管理组织架构，设置工作岗位，拟定岗位职责，日常运营管理可由政府购买的社会组织负责。

4.2.2 应建立与服务内容匹配的管理制度，应包括：日常管理制度、安全管理制度、监护人联系制度等，相关规章制度应公示。

4.3 财务

财政资金和社会筹集的各项资金按规定使用，专款专用并适时向社会公开收支情况。

4.4 挂牌

宜对机构门头、标识标牌进行布置，挂牌“德康驿站”。（如图1）



图1 “德康驿站”牌

4.5 设备设施

4.5.1 活动场所应布局合理，功能分区明确，应包含康复活动区、职业康复区、心理咨询室、阅览室、办公室、休息室、卫生间、餐厅等分区。

4.5.2 宜设置农疗区、厨房、医务室、运动室等，活动场所也可根据开展的康复项目设置各类区域，如舞蹈室/区、音乐室/区、原生艺术治疗室/区等。相关功能室的种类、设备和面积宜按表1配置。

表 1 功能室的种类、设备和面积

功能室	设备	面积m ² (不低于)
康复兴活动室	桌椅、电脑、电视/投影仪、音响、白板、展示柜等	30
心理咨询室	茶几、沙发、时钟，有条件的可配备沙盘、音乐放松椅、宣泄器材等	10
阅览室	书架、桌椅、报架、书籍等	20
休息室	休息床或躺椅、床上用品等	30
办公室	电脑、打印机/复印机、办公桌椅、文件柜、档案柜等	10
餐厅	桌椅、餐具等	20
职业康复训练室	桌椅、职业康复训练相关器材、展示柜等	30
卫生间	蹲便/坐便、洗手池等	10
农疗区	根据开展项目配备相应的工具或其他物件	50
音乐治疗室	散响类乐器、打击类乐器、桌子、展示柜，有条件的可配备钢琴、吉他、乐谱架等	15
厨房	微波炉、电磁炉、冰箱、消毒柜、炊具灶具等	10
运动室	体育器材（跑步机、椭圆机、瑜伽垫等）、储物柜等	30

4.5.3 根据功能区域要求配有水、电、空调等设施设备。

4.6 人员

4.6.1 人员配置应满足“德康驿站”的功能需要。

4.6.2 提供社区康复服务的人员主要包括社会工作者、康复治疗师、心理咨询师、社区精防医生、精神科医生、护士、志愿者等。

4.6.3 至少配备 2 名专职人员并持有健康证，其中至少有 1 名具有社工资格。

4.6.4 “德康驿站”管理者应具有高中及以上文化程度，具有 5 年以上的相关工作经验，并经行业培训合格，获得相关证书。

4.6.5 工作人员应掌握基本的精神康复服务技能，每年至少接受 2 次精神障碍社区康复服务培训。

4.6.6 新上岗的工作人员，在上岗前应接受相关业务培训并取得证书。

4.7 安全与应急

4.7.1 消防安全

消防通道及配套设施应符合国家相关标准，安全警示标志明显，安全保障到位。

4.7.2 房屋安全

4.7.2.1 宜购买场地险。

4.7.2.2 在康复活动室、进出口等重点区域应统一安装内部监控系统。

4.7.3 疫情安全

疫情期间应根据社区要求进行防疫管理。

4.7.4 应急预案

4.7.4.1 应制定消防、突发事件等应急预案，按应急预案或所在社区要求进行培训和演练。

4.7.4.2 针对精神疾病反复、药物不良反应、冲动、自杀等特殊情况有相应应急处置方案并定期组织演练。

5 服务内容

5.1 服药训练

以小组或个别辅导的方式，通过授课、情景模拟、角色扮演等多种形式使患者了解药物治疗的重要性、全病程治疗的理念、常见药物的不良反应及其应对方法。

5.2 躯体管理训练

采取针对性措施，如组织慢跑、打太极、跳绳、羽毛球、健身操等健身活动。

5.3 日常生活技能训练

采用场景模拟与日常实践相结合的方式，进行个人生活技能训练和家庭生活技能训练。

5.4 社交技能训练

通过角色扮演等方式进行模拟训练社交活动、处理生活矛盾、工作面试等。

5.5 预防复发训练

组织医护人员和社区精神卫生防治人员通过专题讲座、一对一指导等形式开展训练，包括学习认识精神疾病、常见精神症状、药物治疗的好处及常见副作用、复发的因素、复发的先兆表现、预防和应对复发的措施等。

5.6 职业康复训练

以小组形式开展学习、训练工作基本技能及相关职业技能，通过专业的评估，指导开展庇护性就业、过渡性就业、辅助性就业，实现独立性就业。

5.7 心理支持和康复

采用各种心理技术和方法与患者建立平等协作关系，予以感情上的支持。

5.8 同伴支持

由经过筛选、评估和培训的康复良好的精神障碍患者为其他患者提供情感支持、疾病健康教育和自我管理、社交和生活技能交流等服务。

5.9 家庭支持

通过健康讲座、交流互动、联谊会等方式开展，分享照顾患者的经验和技巧，提高家属对复发征兆、药物副作用、自杀伤人先兆等现象的观察能力和处理方法。

5.10 音乐治疗

通过团体或个体音乐干预技术，以及在治疗过程中建立起来的平等、信任的治疗关系，提高患者自我觉察能力，获得心理成长。

5.11 原生艺术治疗

协助患者用艺术的形式自由、充分表达自己内心的真实声音，帮助患者进行自我疗愈，并通过原生艺术作品与公众互动与交流。

6 服务流程

6.1 “德康驿站”康复服务

6.1.1 转入

6.1.1.1 转介

由精神卫生专业机构、基层医疗卫生机构的相关工作人员评估后，适合社区康复服务的患者，填写附录A《社区精神康复服务转介单》，转介到“德康驿站”。不适合转介或不愿到“德康驿站”康复的不予转介。

6.1.1.2 主动发现

“德康驿站”组织专业力量对服务区域内的患者及其家庭进行入户走访、评估和动员，对于适合且自愿到“德康驿站”接受康复训练的患者，填写附录A《社区精神康复服务转介单》以及附录B《基本情况登记表》，转介到“德康驿站”。对于不宜或个人不愿到“德康驿站”进行康复且自愿接受居家康复的患者，填写附录B《基本情况登记表》。

6.1.1.3 患者或监护人主动求助

精神障碍患者或监护人主动到“德康驿站”求助，要求参加社区康复，经评估后适合进行“德康驿站”康复的填写附录A《社区精神康复服务转介单》以及附录B《基本情况登记表》，暂时不适合“德康驿站”康复的建议进行居家康复，填写附录B《基本情况登记表》。

6.1.2 入站准备

6.1.2.1 工作人员带领患者及监护人熟悉环境，介绍“德康驿站”的康复活动，告知每天的服务时间安排和注意事项。

6.1.2.2 工作人员与患者及监护人进行沟通，了解其康复目标和期望要求，再次了解患者基本情况，筛选和确认符合社区康复要求的患者。

6.1.3 登记建档

6.1.3.1 签订协议

主动告知患者和监护人社区康复服务内容、权益和义务等，并签订附录C《精神障碍社区康复服务协议》和《知情同意书》，明确责任、权利等事宜，维护双方合法权益。

6.1.3.2 接案建档

对参加“德康驿站”康复的患者，应登记建档并及时录入常州市精神障碍患者社区康复平台。

6.1.4 评估

6.1.4.1 基线评估

对刚进入“德康驿站”参加康复活动的患者，工作人员与其监护人进行面谈，详细了解患者当前的精神和身体健康状况、家庭结构、居住环境、成长过程、兴趣爱好等情况，并填写附录D《心理社交功能评估表》等相关量表，入站一周内应完成基线评估。

6.1.4.2 过程评估

无特殊情况，每季度工作人员对患者进行过程评估并填写附录E《阶段评估记录表》，回顾总结前阶段康复情况，根据患者情况填写相关评估量表（见附录F），在3个工作日内完成评估；如有特殊情况及时评估。

6.1.4.3 终期评估

患者出现下列情况应及时给予终期评估：

- a) 康复良好回归社会；
- b) 病情反复或其他情况不能继续在“德康驿站”进行康复；
- c) 需转介到其他康复机构。

6.1.5 制定康复计划并实施

6.1.5.1 在患者入“德康驿站”1个月内，应根据评估结果制定康复计划，明确短、中、长期目标，按患者所关心的以及最容易改善的问题确立目标的先后顺序，完成附录G《康复计划表》，并及时提供针对性康复服务。

6.1.5.2 根据过程评估情况，对康复训练效果达到预期目标的患者提出新的康复目标，制定新的康复计划和措施；对康复训练效果不理想者，调整康复目标、康复计划和康复措施。

6.1.5.3 在康复计划实施过程中根据实施活动的实际情况及时填写附录H《社区康复活动记录表》。

6.1.5.4 开展一对一康复服务时原则上采取同性服务，当不可避免采取异性服务时，应有其他人员陪同。

6.1.5.5 工作人员应在患者不危害自身和社会安全、不涉及违法行为的基础上，对患者的隐私保密。

6.1.5.6 工作人员应随时掌握患者的精神状态、服药情况及康复情况。

6.1.6 转出

6.1.6.1 患者康复需求如发生变化或住址改变，可转介至其他相应康复机构，应将患者相关档案复印后交给患者带至新机构。

6.1.6.2 患者病情反复或者其他情况不适宜继续在“德康驿站”内进行康复的，应及时送到相关医疗机构进行救治或转为居家康复。

6.2 居家康复

- 6.2.1 对于不宜或不愿到“德康驿站”进行康复且自愿接受居家康复的患者，填写附录 B《基本情况登记表》。
- 6.2.2 由工作人员对患者进行评估，与家属、患者面对面沟通，并根据患者及其家庭实际情况，与患者及家属共同制定康复计划，每年至少开展 3 次康复指导，每次不低于 2 项康复训练，工作人员定期进行康复指导并填写附录 I《居家康复指导记录表》。
- 6.2.3 邀请患者及家属参与“德康驿站”组织的康复讲座和活动。
- 6.2.4 “德康驿站”定期对患者进行过程评估。评估结果的处理方式见以下内容：
- a) 对于病情稳定、适合且自愿到“德康驿站”接受康复训练的患者，填写附录 A《社区精神康复服务转接单》，转介到“德康驿站”；
 - b) 患者及家属主观不接受康复治疗，经劝说无效终止康复训练；
 - c) 患者达到康复目标，终止康复训练。

7 档案管理

- 7.1 所有患者应建立一人一档；档案录入应及时完整并妥善保存。
- 7.2 “德康驿站”康复患者的档案资料应包括但不限于：《社区精神康复服务转介单》、《基本情况登记表》、《精神障碍社区康复服务协议》、《知情同意书》、各类相关评估量表、《康复计划书》、《社区康复活动记录表》、《阶段评估记录表》及参加各类康复训练活动的照片等。
- 7.3 居家康复患者的档案资料应包括但不限于：《基本情况登记表》、《居家康复指导记录表》及相关资料。

8 评价与改进

8.1 服务质量的评价

- 8.1.1 应建立服务质量控制及改进制度，建立质控组织，制定内控标准，每月评价一次内部服务质量，考评内容包括但不限于以下内容：
- a) 行业规范与服务标准；
 - b) 内部规章制度与管理要求；
 - c) 岗位职责与要求；
 - d) 管理与服务记录；
 - e) 社会反馈与投诉及患者康复效果。
- 8.1.2 接受上级部门、服务对象家属或第三方的考核监督。

8.2 服务持续改进

- 8.2.1 应建立反馈机制，对投诉和建议及时回应和反馈。
- 8.2.2 根据评价情况持续改进，对于考核满意度、投诉以及各类评价过程中出现的问题进行汇总、分析并限期整改。
- 8.2.3 对于情节严重的予以考核，涉嫌违规的移送相关部门。

附 录 A
(资料性)
社区精神康复服务转介单

A.1 社区精神康复服务转介单见表 A.1.

表 A.1 社区精神康复服务转介单

姓名		性别	
民族		联系电话	
身份证号码			
住址			
监护人姓名及电话		与患者关系	
康复需求			
转介至	机构名称:		
评估机构名称			
评估人			
评估时间			

附录 B
(资料性)
基本情况登记表

B.1 基本情况登记表见表 B.1.

表 B.1 基本情况登记表

姓名		性别	
民族		联系电话	
身份证号码			
住址			
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其它		
居住情况	<input type="checkbox"/> 与亲属共同生活 <input type="checkbox"/> 与朋友共同生活 <input type="checkbox"/> 独自生活,但家人定时探望 <input type="checkbox"/> 独自生活 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同学 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 无		
与共同居住者 的关系	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 很差		
居住环境	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 很差		
经济状况	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较差 <input type="checkbox"/> 贫困(按当地贫困线标准)		
经济来源	<input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 积蓄 <input type="checkbox"/> 家人支持 <input type="checkbox"/> 政府救助(<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 残疾人补贴) <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 无		
金钱管理	<input type="checkbox"/> 自行决定支出 <input type="checkbox"/> 由家人协助管理金钱 <input type="checkbox"/> 由家人管理金钱		
既往行为	<input type="checkbox"/> 攻击、冲动行为史 <input type="checkbox"/> 犯罪史 <input type="checkbox"/> 严重自伤、自杀行为史 <input type="checkbox"/> 药物、酒精滥用史 <input type="checkbox"/> 无		
目前行为/危险	<input type="checkbox"/> 已发生危害他人安全的行为 <input type="checkbox"/> 存在危害他人安全的危险 <input type="checkbox"/> 已发生自杀自伤行为 <input type="checkbox"/> 存在自杀自伤的危险 <input type="checkbox"/> 无上述行为或危险		
服药依从性	<input type="checkbox"/> 规律 <input type="checkbox"/> 间断 <input type="checkbox"/> 不服药 <input type="checkbox"/> 医嘱无须服药		
服药方式	<input type="checkbox"/> 自行服药 <input type="checkbox"/> 他人给药自己服 <input type="checkbox"/> 注射给药 <input type="checkbox"/> 医嘱停药 <input type="checkbox"/> 其他_____		
治疗药物及 每日剂量			
药物不良反应 (可多选)	<input type="checkbox"/> 震颤 <input type="checkbox"/> 静坐不能 <input type="checkbox"/> 肌肉僵硬 <input type="checkbox"/> 眩晕 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 月经紊乱 <input type="checkbox"/> 体重增加 <input type="checkbox"/> QTc 延长 <input type="checkbox"/> 饮食异常 <input type="checkbox"/> 其它_____ <input type="checkbox"/> 无		
治疗效果	<input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 无变化 <input type="checkbox"/> 加重 <input type="checkbox"/> 其它		
注:在符合的项目上打“√”,或者填写相应内容。			

附录 C

(资料性)

精神障碍社区康复服务协议和知情同意书

C.1 精神障碍社区康复服务协议

精神障碍社区康复服务协议

您好！这里是_____（康复机构名称）。我们将和您一起共同面对困难；同时，也会和您一起分享康复过程中获得的成长与成功。在这一过程中，我们将达到以下目标：

为了让我们共同迈出坚实的第一步，希望我们能够共同遵守以下原则：

1. 互相尊重，坦诚相待。
2. 非生命和法律紧急情况下，双方坚持保密原则。
3. 遵守活动时间和相应的活动规则。
4. 如果经评估，认为已经达成训练目标，将会结束在我们机构的康复。

5. 如康复者对服务过程感觉不满意，可随时提出中止服务的要求。如康复者有申诉的需求，可通过口头、书面或电子邮件的方式向服务单位主管进行实名申诉。

本人_____同意到_____接受服务。

工作人员签名： 康复者签名： 康复机构签章：

日期： 日期： 日期：

C.2 知情同意书

知情同意书

可能的获益

参与驿站组织的各种活动全部免费，您将得到比普通患者更全面的服务，我们专业的康复团队会定期对您进行评估，并制定一系列的康复计划，帮助患者最大可能恢复个人的社会功能。不仅是促进疾病康复，还为患者提供生活、就业、交友等帮助，而且为患者的家庭提供支持。

可能的风险

在参与驿站组织的各种活动过程中可能出现风险有：

- a) 往返驿站的路程上发生各种意外风险；
- b) 因精神疾病原因，患者可在精神症状支配下，出现突然地冲动、自伤、自杀、外跑或被伤等措不及防的风险；
- c) 患精神疾病的同时，患者可能还同时患有某种躯体疾病，参与活动期间，躯体疾病可能加重恶化，甚至出现意外（死亡）的风险。
- d) 其它意外情况如扭伤、外伤等。

以上意外情况的发生，不可能完全规避。一旦发生，驿站不承担任何责任。

保密性

在您参与驿站组织的各种活动过程中，我们会进行拍照或录音，这些资料只会在驿站内部使用，同时我们对您的身份、隐私等将严格保密。

知情同意

您已经阅读了这份知情同意书。对于参与驿站组织的各种活动已经获得满意的解释，而且您关于可能的获益和风险及保密性等方面的问题都已得到解答。如果您还有其它问题，您应与驿站工作人员联系。在以上内容的基础上，您自愿同意参与驿站组织的各种活动。

自愿参加

您参与驿站的活动完全出于自愿。如果您决定不参与，不会受到任何惩罚和利益损失。

同意声明

参与驿站的各种活动是我自愿的，在参与驿站组织的各种活动过程中我会尽量保护好自己，如发生意外风险，由我自己负责。

我有机会就参与活动向驿站的工作人员提问。迄今我的问题均已得到满意答复。

我已被告知在参与驿站组织的各种活动过程中可能的获益和风险。

我自愿签署此知情同意书。

我同意允许驿站将我的照片及录音在驿站内部使用。

我已被告知我会收到已签署姓名及日期的知情同意书副本。

患者签名 _____

患者监护人签名 _____（与患者的关系_____）

驿站工作人员签名 _____

附 录 D
(资料性)
心理社交功能评估表

D.1 心理社交功能评估表评分项目见表 D.1。

表 D.1 心理社交功能评估表

序号	项目	0	1	2	3	4	5
1	社交技巧						
1.1	眼神接触						
1.2	社交距离						
1.3	思想表达						
1.4	情感表达						
1.5	面对批评						
2	人际关系						
2.1	与康复者接触						
2.2	与家人接触						
2.3	与机构工作人员接触						
2.4	与到访人员接触						
2.5	与人共处						
2.6	与人合作						
2.7	与异性相处表现						
3	社区适应能力						
3.1	参与社区活动动机						
3.2	使用交通工具						
3.3	使用电话						
3.4	使用路标						
3.5	运用社区资源						
3.6	寻求帮助						
3.7	应付生活压力						
3.8	解决困难						
<p>注1：评分标准： 5分 患者能独立进行时为表现完全符合正常水平 4分 患者在少量提示下进行时为表现接近正常水平 3分 患者在较多提示下进行时为表现尚可 2分 患者在表现不合宜，需要关注时为表现欠佳 1分 患者在表现不合宜，需要密切关注时为完全不符合正常水平 0分 该项目不适用</p>							

D.2 其他需关注行为见表 D.2。

表 D.2 其他需关注行为表

酗酒	有 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	详情:	_____
金钱管理问题	有 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	详情:	_____
暴食或厌食	有 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	详情:	_____
滥药或弃药	有 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	详情:	_____
吸烟问题	有 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	详情:	_____
沉溺行为	有 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	详情:	_____
其它	有 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	详情:	_____

D.3 评估总结表见表 D.3

表 D.3 评估总结表

序号	项目	小计
1	社交技巧	合计 1.1 至 1.5 的单项分数/25
2	人际关系	合计 2.1 至 2.7 的单项分数/35
3	社区适应能力	合计 3.1 至 3.8 的单项分数/40

评估后跟进项目:

评估人员签名:

日期:

附 录 E
(资料性)
阶段评估记录表

E.1 阶段评估记录表见表 E.1.

表 E.1 阶段评估记录表

上次计划	评分 (10)	未完成原因	收获

日 期：_____ 评估时间：_____

发生事件与处理方法：

- 1.
- 2.
- 3.

评估 (Assessment)：

- 1.
- 2.
- 3.

下一步计划 (Plan)：

康复员：

工作人员：

附 录 F
(资料性)
相关评估量表

F.1 社会适应能力评估表见表 F.1.

表 F.1 社会适应能力评估表

一级指标	二级指标	三级指标	日期
			得分
生活自理能力	生活起居	1. 能自觉保持个人卫生	
		2. 饮食习惯方面	
		3. 能独立、合理安排的作息内容	
	物品管理	4. 会整理的物品	
		5. 整理物品的方式	
		6. 在归还借用物品方面能做到的	
	病情管理	7. 在病情复发有先兆症状, 主动告知哪些人员	
		8. 对药物不良反应的了解	
		9. 如何处置药物不良反应	
	生活技能	10. 会独立安全使用的家电	
		11. 会烧的饭菜	
		12. 承担的家庭清洁	
社交沟通能力	基本礼仪	13. 在穿衣整洁方面	
		14. 能遵守的餐桌礼仪	
		15. 能遵守的交通礼仪	
	自我意识	16. 知道与自己相关的基本信息	
		17. 自我评价方面	
		18. 能根据自己的情况选择参加的活动	
	表达能力	19. 与人交流时	
		20. 用文字表达能做到的	
	情绪管理	21. 知道自己情绪变化的原因	
22. 别人对自己不好的情绪进行劝解			
23. 能通过方法调节、控制情绪			

一级指标	二级指标	三级指标	日期	
			得分	
社会技能	居住环境	24. 能正确说出的信息		
		25. 对社区事务受理中心的了解		
	安全防范	26. 不能随意透露的家庭隐私		
		27. 接到陌生电话或有陌生人搭讪时如何处理		
		28. 遇到紧急事件的处理方式		
	活动参与	29. 主动参加的家庭活动		
		30. 主动参加的康复团队活动		
		31. 主动参加的社区活动		
	社会能力	32. 通过什么查询方式到达目的地		
		33. 对就医环节的了解		
		34. 如何向医生描述不适		
		35. 根据自身需求的消费方式		
		36. 可以独立完成的手工作业		
	与人相处	37. 会与哪些认识的人交流		
		38. 与异性接触时能做到的		
		39. 哪些方面愿意倾听家属和康复团队工作人员的建议		
		40. 在提出建议后能做到的		
	<p>注：填写说明：此问卷用于直接跟学员面对面调查使用，问卷共40个题目。填写过程中，在合适的选项上画“√”（每个“√”可得1分）</p> <p style="text-align: right;">评估人：</p>			

F.2 评估问卷

街道（乡镇）

姓名

评估日期

得分

第一部分 生活自理能力

一、生活起居

1. 你能自觉保持哪些个人卫生？

① 洗脸刷牙 ② 换洗衣服 ③ 洗澡（洗脚）④ 洗手 ⑤ 洗发 ⑥ 剪指甲 ⑦ 理发/刮胡子

2. 在饮食方面，你能做到以下哪几个方面？

① 餐具干净 ② 饮食适时适量 ③ 查看保质期，不食用变质食品

④ 饮食结构平衡（荤素搭配）⑤ 不食用三无产品（无厂家、无生产时间、无原料说明）

3. 你能独立、合理安排以下哪几个方面？

① 规律服药 ② 就寝起床 ③ 去康复机构 ④ 娱乐活动

二、物品管理

4. 你会整理以下哪些物品？

①衣服鞋帽 ②洗漱用品 ③被子床铺类 ④药品 ⑤餐具 ⑥学习娱乐用品

⑦劳动工具（扫把、抹布等）

5. 你会按照哪些方式整理物品？

① 按位置摆放物品 ② 按类别整理物品 ③ 季节收纳物品 ④ 按使用频率收纳物品

6. 你在归还借用物品方面能做到以下哪几个方面？

① 在约定时间内归还 ② 爱惜借用物品 ③ 不随意转借给他人

三、病情管理

7. 你在病情复发有先兆症状时会主动告知哪些人员？

① 家人 ② 机构工作人员 ③ 指定监护人（居委干部等） ④ 医生

8. 你知道哪些抗精神病药物的常见不良反应？

- ① 嗜睡 ② 肥胖 ③ 头晕 ④ 口干 ⑤ 流口水 ⑥ 便秘

9. 你如何处置药物不良反应？

- ① 向医生咨询，并遵从医嘱 ② 定期体检 ③ 调整饮食 ④ 锻炼身体

四、生活技能

10. 你会独立、安全使用哪些家电？

- ① 电视机 ② 空调 ③ 洗衣机 ④ 电饭煲 ⑤ 微波炉 ⑥ 热水器 ⑦ 电脑

11. 你能独立完成以下哪些菜品类的烹饪？

- ① 面食类 ② 蔬菜 ③ 肉类 ④ 蛋类 ⑤ 豆制品类 ⑥ 菌菇类 ⑦ 水产类

12. 你能够承担哪些家庭清洁？

- ① 清洁地面 ② 清洁桌柜 ③ 整理床铺 ④ 清洗餐具 ⑤ 清理垃圾

第二部分 社交沟通能力

一、基本礼仪

13. 你在着装方面能做到以下哪几个方面？

- ① 干净整洁,无异味和污渍 ② 按季节增减衣服 ③ 不穿过于暴露的服装 ④ 按活动场合进行

搭配

14. 你能遵守哪些餐桌礼仪？

- ① 长者、客人优先（入座、动筷） ② 不大声喧哗
③ 咀嚼食物时，不发声响 ④ 夹菜时，不反复挑拣食物
⑤ 在餐桌上，剔牙、咳嗽、打喷嚏时懂得回避 ⑥ 离席时，主动和他人打招呼

15. 你能遵守哪些交通礼仪？

- ① 行走有序，不推搡 ② 不喧哗，不占道 ③ 遵守红绿灯规则 ④ 乘车时先下后上 ⑤ 礼貌让座

二、自我意识

16. 你知道哪些与自己相关的信息？

- ① 家庭住址 ② 家庭电话 ③ 疾病情况 ④ 监护人相关信息
- ⑤ 残疾人证号 ⑥ 兴趣爱好（如运动、旅游、摄影、棋牌、烹饪等）

17. 你在以下哪些方面能比较准确地评价自己？

- ① 身体健康状况 ② 能力和特长 ③ 自己在家庭中的角色

18. 你能根据自己的情况参与以下哪些活动安排？

- ① 工作学习 ② 机构活动 ③ 康复计划制定 ④ 外出 ⑤ 交友 ⑥ 金钱管理

三、表达能力

19. 你在与他人交流时能做到以下哪几个方面？

- ① 使用问候语 ② 认真倾听 ③ 适当回应 ④ 眼神交流
- ⑤ 理解他人说话的意思 ⑥ 表达自己的想法

20. 你在用文字表达时能做以下哪几个方面？

- ① 字迹清晰 ② 语句通顺 ③ 能将事情描写清楚
- ④ 能使用适当的修饰词语 ⑤ 能在文章中表达自己的想法

四、情绪管理

21. 你知道哪些因素会影响自己的情绪变化？

- ① 睡眠质量 ② 药物或剂量变化 ③ 突发事件 ④ 季节变化

22. 你在别人对自己的不良情绪进行劝解时能做到以下哪几个方面？

- ① 不排斥 ② 理解 ③ 表示感谢 ④ 适当调整情绪

23. 你能通过以下哪些方法调节或控制情绪？

- ① 音乐、绘画、运动等 ② 就医或心理咨询 ③ 找人聊天倾诉 ④ 休息独处

第三部分 社会技能

一、居住环境

24. 你能正确说出以下哪几项信息？

- ① 家庭地址和电话 ② 机构地址和电话 ③ 区精神卫生中心、社区医院位置
- ④ 社区服务中心/村居委会位置

25. 你知道社会服务中心/村居委会会有哪些服务内容？

- ① 医疗保障 ② 求职培训 ③ 社会救助 ④ 残联事务 ⑤ 卡证受理 ⑥ 失业保障

二、安全防范

26. 你能做到不随意透露以下哪些属于家庭隐私信息？

- ① 家庭成员信息（姓名、年龄、关系等） ② 家庭财产信息
- ③ 家庭基本信息（电话、地址等） ④ 家庭成员病史

27. 你在遇到陌生人搭讪或接到陌生人电话时会做到以下哪几个方面：

- ① 保持警惕 ② 不随意填写含有家庭隐私信息的调查问卷（信息表）
- ③ 不随意告知关于自身或家庭的隐私信息 ④ 将陌生电话的内容告知家人或机构工作人员
- ⑤ 觉得可疑时，直接挂断电话或马上走开 ⑥ 觉得可疑时，及时向他人求助或报警

28. 你在遇到紧急事件时会用哪几种方式处理？

- ① 及时拨打紧急电话（110、119、120等），并准确说出地址和具体事件
- ② 及时向家人或周围人求救 ③ 听从现场负责人指挥

三、活动参与

29. 你会主动参加哪些家庭活动？

- ① 聚餐 ② 购物 ③ 休闲娱乐活动 ④ 走亲访友

30. 你能主动参加机构哪些活动？

- ① 简单劳动（工/农疗） ② 文娱活动（慰问演出） ③ 教育培训（阅读书画）
- ④ 学员会议 ⑤ 外出活动 ⑥ 志愿服务 ⑦ 参观接待

31. 你会参加哪些社区活动？

- ① 座谈会/讲座 ② 义卖 ③ 健康体检 ④ 运动会 ⑤ 志愿服务 ⑥ 看电影 ⑦ 旅游

四、社会能力

32. 你能通过哪些方式查询路线并独立到达目的地？

① 询问他人 ② 上网查询 ③ 查看地图 ④ 电话求助

33. 你了解以下哪些就医环节？

① 预检 ② 挂号 ③ 就诊 ④ 付费 ⑤ 配药

34. 你能向医生描述哪些不适？

① 不适部位 ② 不适反应 ③ 不适发生的时间

④ 不适持续的时间 ⑤ 已采取措施 ⑥ 过往病史 ⑦ 过敏药物

35. 你能根据自身需要去哪些地方消费？

① 超市 ② 菜市场 ③ 药店 ④ 餐馆 ⑤ 商场

36. 你能独立完成的简单手工劳动有哪些？

① 串珠 ② 剪纸 ③ 数字油画 ④ 陶艺 ⑤ 十字绣 ⑥ 编织 ⑦ 盆景种植 ⑧ 其它_____

五、与人相处

37. 你会和哪些认识的人交流？

①学员②机构工作人员③精防医生④亲朋好友⑤邻居⑥居委会工作人员⑦社工⑧社区民警

38. 你在与异性相处时能做到以下哪些方面？

① 文明礼貌 ② 避免不恰当的肢体接触

39. 你在以下哪些方面能听取家属和机构工作人员的建议？

① 生活作息方面 ② 家庭事务方面 ③ 社会交往方面

40. 你在他人提出建议时能做到以下哪几个方面？

① 保持平和的心态 ② 思考他人的建议 ③ 说出自己内心的想法

F.3 日常生活能力量表见表 F.2。

表 F.2 日常生活能力量表

圈上最合适的情况			
1. 使用公共车辆	1 2 3 4	8. 梳头, 刷牙	1 2 3 4
2. 行走	1 2 3 4	9. 洗衣	1 2 3 4
3. 做饭菜	1 2 3 4	10. 洗澡	1 2 3 4
4. 做家务	1 2 3 4	11. 购物	1 2 3 4
5. 吃药	1 2 3 4	12. 定时上厕所	1 2 3 4
6. 吃饭	1 2 3 4	13. 打电话	1 2 3 4
7. 穿衣	1 2 3 4	14. 处理自己钱财	1 2 3 4
1. 完全自己完成		2. 有些困难	
		3. 需要帮助	
		4. 根本无法做	

F.4 社会功能缺陷筛选量表 (SDSS) 见表 F.3。

表 F.3 社会功能缺陷筛选量表 (SDSS)

内容	无缺陷	有些缺陷	严重缺陷	不适合
1. 职业和工作	0	1	2	9
2. 婚姻职能	0	1	2	9
3. 父母职能	0	1	2	9
4. 社会性退缩	0	1	2	9
5. 家庭外的社会功能	0	1	2	9
6. 家庭内活动过少	0	1	2	9
7. 家庭职能	0	1	2	9
8. 个人生活自理	0	1	2	9
9. 对外界的兴趣和关心	0	1	2	9
10. 责任心和计划性	0	1	2	9

姓名: _____ 日期: _____

总分: _____ 评估人签名: _____

F.5 精神疾病常识调查问卷见表 F.4。

表 F.4 精神疾病常识调查问卷

姓名：_____ 日期：_____

该问卷是我们向您了解您对精神疾病常识的了解情况，请如实在下面的横线上对问题作答，评定者根据回答，对问题进行判断，采用打勾的方式进行选择。

1, 您是否知道您所患的是哪种疾病？

答：_____ 是 否

2, 您是否知道您所服用的药物都叫什么名称？

答：_____ 是 否

3, 您是否知道您所服用的药物都起哪些治疗作用？

答：_____ 是 否

4, 您是否知道如何处理常见的药物副作用？

答：_____ 是 否

5, 您是否知道为什么要进行住院治疗？

答：_____ 是 否

6, 您是否知道如何去看门诊？

答：_____ 是 否

7, 您是否知道什么是心理治疗？

答：_____ 是 否

8, 您是否知道什么是精神疾病的康复治疗

答：_____ 是 否

9, 您是否知道您疾病复发的先兆有哪些？

答：_____ 是 否

10, 您是否知道家庭康复应该注意些什么？

答：_____ 是 否

总 分：_____

工作人员：_____

F.6 简易精神状态检查量表（MMSE）见表 F.5。

表 F.5 简易精神状态检查量表（MMSE）

姓名：_____性别/年龄：_____文化程度：_____日期：_____得分：_____

1、今年是哪一年？	1	0
2、现在是什么季节？	1	0
3、现在是几月份？	1	0
4、今天是几号？	1	0
5、今天是星期几？	1	0
6、你现在在哪个省？	1	0
7、你现在在哪个市？	1	0
8、你现在在哪个区？	1	0
9、你现在在第几层楼？	1	0
10、这里是什么地方？	1	0
11、复述：皮球	1	0
12、复述：国旗	1	0
13、复述：树木	1	0
14、计算 $100-7=?$	1	0
15、 $-7=?$	1	0
16、 $-7=?$	1	0
17、 $-7=?$	1	0
18、 $-7=?$	1	0
19、回忆：皮球	1	0
20、回忆：国旗	1	0
21、回忆：树木	1	0
22、辨认：手表	1	0
23、辨认：铅笔	1	0
24、复述：四十四只石狮子	1	0
25、按卡片上的指令去做“拍手”	1	0
26、用手拿这张纸	1	0
27、再用双手把纸对折	1	0
28、再将纸放桌子右边	1	0
29、请说一句完整的句子	1	0
30、请您按样子画图	1	0

治疗师：_____

备注：_____

总分：_____

F.7 社会支持评定量表 (SSRS) 见表 F.6。

表 F.6 社会支持评定量表 (SSRS)

姓名: _____ 日期: _____

指导语: 下面的问题用于反映您在社会中所获得的支持, 根据您的实际情况写, 采用打钩的方式填写

1. 您有多少关系密切, 可以得到支持和帮助的朋友? (只选一项)
 - (1) 一个也没有
 - (2) 1-2个
 - (3) 3-5个
 - (4) 6个或6个以上
2. 近一年来您: (只选一项)
 - (1) 远离他人, 且独居一室
 - (2) 住处经常变动, 多数时间和陌生人住在一起
 - (3) 和同学、同事或朋友住在一起
 - (4) 和家人住在一起
3. 您与邻居: (只选一项)
 - (1) 相互之间从不关心, 只是点头之交。
 - (2) 遇到困难可能稍微关心。
 - (3) 有些邻居很关心您。
 - (4) 大多数邻居都很关心您。
4. 您与同事: (只选一项)
 - (1) 相互之间从不关心, 只是点头之交。
 - (2) 遇到困难可能稍微关心。
 - (3) 有些同事很关心您。
 - (4) 大多数同事都很关心您。
5. 从家庭成员得到的支持和照顾 (在合适的框内划“√”)

(1) 夫妻 (恋人)	无	极少	一般	全力支持
(2) 父母	无	极少	一般	全力支持
(3) 儿女	无	极少	一般	全力支持
(4) 兄弟姐妹	无	极少	一般	全力支持
(5) 其他成员 (如嫂子)	无	极少	一般	全力支持
6. 过去, 在您遇到急难情况时, 曾经得到的经济支持和解决实际问题的帮助的来源有:
 - (1) 无任何来源
 - (2) 下列来源: (可选多项)

A. 配偶; B. 其他家人; C. 亲戚; D. 朋友; E. 同事; F. 工作单位; G. 党团工会等官方或半官方组织;
H. 宗教、社会团体等非官方组织; I. 其它 (请列出)
7. 过去, 在您遇到急难情况时, 曾经得到的安慰和关心的来源有:
 - (1) 无任何来源
 - (2) 下列来源: (可选多项)

A. 配偶; B. 其他家人; C. 亲戚; D. 朋友; E. 同事; F. 工作单位; G. 党团工会等官方或半官方组织;
H. 宗教、社会团体等非官方组织; I. 其它 (请列出)
8. 您遇到烦恼时的倾诉方式: (只选一项)

- (1) 从不向任何人诉述。
 (2) 只向关系极为密切的1—2个人诉述。
 (3) 如果朋友主动询问您会说出来。
 (4) 主动诉述自己的烦恼，以获得支持和理解。
9. 您遇到烦恼时的求助方式：（只选一项）
 (1) 只靠自己，不接受别人帮助。
 (2) 很少请求别人帮助。
 (3) 有时请求别人帮助。
 (4) 有困难时经常向家人、亲友、组织求援。
10. 对于团体（如党团组织、宗教组织、工会、学生会等）组织活动：（只选一项）
 (1) 从不参加
 (2) 偶尔参加
 (3) 经常参加
 (4) 主动参加并积极活动

总分：_____ 评估人签名：_____

F.8 自尊量表见表 F.7。

表 F.7 自尊量表

姓名：_____ 日期：_____

内容	非常符合	符合	不符合	很不符合
1. 我感到自己是一个有价值的人，至少与其他人在同一水平上。	A	B	C	D
2. 我感到自己有许多好的品质。	A	B	C	D
3. 归根到底，我倾向与认为自己是一个失败者。	A	B	C	D
4. 我能像大多数人一样把事情做好。	A	B	C	D
5. 我感到自己值得骄傲的地方不多。	A	B	C	D
6. 我对自己持肯定态度。	A	B	C	D
7. 总的来说，我对自己是满意的。	A	B	C	D
8. 我希望我能为自己赢得更多尊重。	A	B	C	D
9. 我确实是时常感到自己毫无用处。	A	B	C	D
10. 我时常认为自己一无是处。	A	B	C	D
注：请您根据每种描述与您实际情况的相符程度用右边的评价标准评定；从1到4表示您的感受与所描述情况相符程度依次减弱。				

总 分：_____ 工作人员：_____

F.9 压力测试表见表 F.8。

表 F.8 压力测试

姓名：_____ 日期：_____

请回想一下自己在过去一个月内有否出现下边情况：

序号	情况	从未发生	偶尔发生	经常发生
1	觉得手上工作太多，无法完成。			
2	觉得时间不够用，所以要分秒必争。如过马路时闯红灯；走路说话的节奏很快。			
3	觉得没时间娱乐，终日记挂着工作。			
4	遇到挫败时很易发脾气			
5	担心别人对自己工作表现的评价。			
6	觉得上司和家人都不欣赏自己。			
7	担心自己的经济状况。			
8	有头痛、背痛、胃痛的毛病。给予治疗			
9	需要借酒、药物、嗜食等一直不安的情绪。			
10	需要借助安眠药去协助入睡。			
11	与家人朋友同事相处令你发脾气。			
12	见人倾诉时，打断对方的话题。			
13	上床时觉得思潮起伏，很多事情未做，难以入睡。			
14	太多工作，不能每件事都做得完美。			
15	当空闲时轻松一下也觉得内疚。			
16	做事急躁。任性行事后感内疚。			
17	觉得自己不应该享乐。			

总分：_____ 评估人签名：_____

F.10 服药依从性评定量表见表 F.9.

表 F.9 服药依从性评定量表

姓名：_____ 日期：_____

问题	不是	是
1. 你是否曾经忘记服药?	1	0
2. 你是否有时会因为一时大意而忘记服药?	1	0
3. 当你身体状况比较好时, 有时是否会因此忘记服药?	1	0
4. 你是否会因为服药后感到身体状况变差而停药?	1	0
5. 只有在当我觉得自己生病时, 我才会服药。	1	0
6. 以药物控制我的身体与心理, 对我而言是不自然的。	1	0
7. 通过药物让我思考更清楚。	0	1
8. 在坚持服药的情况下, 我可以避免生病。	0	1
9. 当我吃药时, 我会有一种奇怪的感觉, 如觉得自己像‘活死人’、‘怪人’一般。	1	0
10. 药物让我觉得很累很迟钝。	1	0

总 分：_____

工作人员：_____

F.11 工具性日常活动能力评定表 F.10。

表 F.10 工具性日常活动能力评定表

姓名：_____

日期：_____

内容	不需要任何帮助	可以自己做，但有时有困难	需要别人帮忙	不能自己做
你能够独立使用电话吗？ 包括找电话号码，打及接听电话	3	2	1	0
你能够独立乘坐汽车吗？ 包括自己上到正确的车，付车钱/车票，上/下车（假设你必须要坐交通工具去一个很远的地方，例如：拜访朋友/看医生）	3	2	1	0
你能够自己去买东西呢？ 包括挑选货物、付钱及带回家 （假设你必须要到附近商店买食物或者日用品）	3	2	1	0
你能够自己煮东西吃吗？ 包括自己整理食物、准备材料、煮熟食物及放入碗碟里面 （假设你必须要自己准备两顿）	3	2	1	0
你能够自己做家务吗？ 包括简单的家务（如抹桌子、整理床铺，洗碗）及较重的家务（如拖地、擦窗等）假设你必须自己做家务	3	2	1	0
你能够应付简单的家具维修吗？ 包括换灯泡、拧螺丝等 （假设你必须自己做）	3	2	1	0
你能够自己洗衣服吗？ 包括清洗自己的衣裤、被套、床单等 （假设你必须要洗自己的衣裤、被套、床单等）	3	2	1	0
你能够自己服药吗？ 包括能依照指示在正确的时间内服用正确的分量 （假设你必须自己擦药油或者服用药物）	3	2	1	0
你能够处理自己的财务吗？ 包括日常找零、交租/水电费及到银行存取款 （假设你必须要自己买东西，交租/水电费及到银行存取款）	3	2	1	0
个数				
得分				
总分				

F.12 精神状态综合评分表见表 F.11。

表 F.11 精神状态综合评分表见表

1. 一般外表及仪容（可多选）

整齐干净 打扮合宜 衣服脏乱 蓬头垢面 其它/详述：_____

2. 一般行为（可多选）

正常无异 活动增加/过量 活动减少/过少 异常行为（请详述）：_____

强迫行为 对抗行为 攻击性行为 怪异行为 破坏性行为：_____

其它/详述：_____

3. 情绪（可多选）

正常无异 经常抑郁 经常高涨 经常焦虑 恐惧 周期性转变

其它/详述：_____

4. 思维（可多选）

正常无异 意念飘忽 思维散漫 思维迟缓 答非所问 语词新作

重复言语 言语贫乏 不言不语 强迫观念（请详述）_____

自杀念头（请详述）_____ 妄想（请详述）：_____

被迫害妄想 被控制妄想 夸大妄想 关系妄想 罪恶妄想 身体/疾病妄想

其它/详述：_____

5. 幻觉（可多选）

没有 幻听 幻视 幻嗅 幻味 幻触 其它/详述：_____

6. 认知

专注能力：少于15分钟 15至30分钟 超过30分钟

近事记忆：完整 部分受损 完全受损

远事记忆：完整 部分受损 完全受损

领悟能力：好 一般 差

定向能力：

清楚知道日期 是 否 清楚知道时间 是 否

清楚知道你是何人 是 否 清楚知道身处何处 是 否

7. 自知力

不相信自己有任何精神问题 明白自己有精神问题,但不是精神病

明白自己有精神问题或精神病,但不愿意接受治疗

明白自己有精神问题或精神病,同时愿意接受治疗

疾病认识 不认识 部分认识 完全认识

接受疾病 不接受 部分接受 完全接受

接受治疗 不接受 部分接受 完全接受

主动复诊 完全依赖 部分直接协助 大量口头提示 口头提示 独立完成

8. 服药情况

主动服药 完全依赖 部分直接协助 大量口头提示 口头提示 独立完成

按时服药 完全依赖 部分直接协助 大量口头提示 口头提示 独立完成

9. 药物使用情况：药物名称和剂量：_____

10. 其它躯体疾病病史：_____

11. 睡眠 很充分 充分 普通 不充分 很不充分

12. 整体印象及建议：_____

评估人员签名：

评估日期： 年 月 日

附 录 G
(资料性)
康复计划表

G.1 康复计划表见表 G.1。

表 G.1 康复计划表

姓名：_____ 性别：___ 年龄：_____ 制定日期：_____ 工作人员：_____

问题汇总	
基本能力	
生活	
工作	
休闲	
治疗目标	
短期	
中期	
长期	
治疗计划	
小组治疗	
个体治疗	

附 录 H
(资料性)
社区康复活动记录表

H.1 社区康复活动记录表见表 H.1。

表 H.1 社区康复活动记录表

活动名称	
活动时间	
参加人员	
活动目标	
准备过程	
活动过程	
患者的主要表现	
活动存在的主要问题	
改进计划和建议	
记录人签字:	

附 录 I
(资料性)
居家康复指导记录表

I.1 居家康复指导记录表见表 I.1.

表 I.1 居家康复指导记录表

姓名		性别		年龄		诊断	
家庭住址							
精神康复指导项目 (请打“√”)				具体内容			
服药训练							
预防复发训练							
躯体管理训练							
生活技能训练							
社交技能训练							
职业康复训练							
心理治疗和康复							
家庭支持							
其他							
备注:							

康复指导人员_____ 患者或家属_____ 日期_____

参 考 文 献

- [1] 精神障碍社区康复服务工作规范（民发[2020]147号）
 - [2] DB51/T 2697-2020 精神障碍社区康复服务规范
 - [3] 《“同伴支持”是精神疾病患者的一种生活方式》（健康时报网2020-08-25）
 - [4] 《社会心理作业治疗》（中国工信出版集团 电子工业出版社）
-