附件2

**老年综合征罹患情况（试行）**

**请判断老年人是否存在以下老年综合征：**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.跌倒（30天内）** | □无 □有 |
| **2.谵妄（30天内）** | □无 □有 |
| **3.慢性疼痛** | □无 □有 |
| **4.老年帕金森综合征** | □无 □有 |
| **5.抑郁症** | □无 □有 |
| **6.晕厥（30天内）** | □无 □有 |
| **7.多重用药** | □无 □有 |
| **8.痴呆** | □无 □有 |
| **9.失眠症** | □无 □有 |
| **10.尿失禁** | □无 □有 |
| **11.压力性损伤** | □无 □有 |
| **12.其他（请补充）：** | |