# 最新老年人健康管理工作总结(模板10篇)

来源：网络 作者：夜色温柔 更新时间：2024-08-28

*总结是把一定阶段内的有关情况分析研究，做出有指导性的经验方法以及结论的书面材料，它可以使我们更有效率，不妨坐下来好好写写总结吧。那么，我们该怎么写总结呢？这里给大家分享一些最新的总结书范文，方便大家学习。老年人健康管理工作总结篇一一、制定公...*

总结是把一定阶段内的有关情况分析研究，做出有指导性的经验方法以及结论的书面材料，它可以使我们更有效率，不妨坐下来好好写写总结吧。那么，我们该怎么写总结呢？这里给大家分享一些最新的总结书范文，方便大家学习。

**老年人健康管理工作总结篇一**

一、制定公共卫生管理服务方案：对辖区内所有35岁以上高血压、2型糖尿病盔行筛查、评估、确诊管理工作流程，做到了慢性病个案实行一人一病一档案，、每个档案中有个人信息表、健康体检表。填表书写要规范完整，各种辅助检查单附贴体检表后，力争将慢病的健康管理率、规范管理率、控制率达到上级要求。

二、培训村级基本公共卫生管理服务项目管理人员为了使全镇公共卫生管理项目顺利实施，由我院郭大夫培训辖区内村卫生室负责人，举办了慢性病管理工作培训活动，参加培训者30余人。实施方案要求定期随访，帮助患者家属及社会人群了解高血压、2型糖尿病对个人、对家庭、对社会的危害，教育目标人群自我识别高血压、糖尿病，从而减少两个疾病的发生。指导目标人群倡导“合理膳食、戒烟限酒、适量运动、心理平衡的健康生活方式，重点干预35岁以上正常高值血压、超重肥胖人群，以利推迟和预防高血压、2型糖尿病的发生，并指导慢病患者规范用药，按各个患者的实际情况决定防治措施。告诉患者出现哪些异常时应及时就诊，做好危机患者的转诊工作，做好转诊记录和转诊后2周内主动随访工作。实行一人一年一次健康体检，四次随访并给予康复错施指导，从而使慢性病到达规范管理。

三、全镇具体的工作开展结果：20xx年按照上级要求，开展慢性病管理服务项目。截止6月底，35岁以上人员首诊测血压数是2484人，高危人群数是489人，高血压登记数是1736人，纳入规范管理数是1559人，参加体检的人数是259人，控制率达到85%，糖尿病登记数是246人，纳入规范管理数是233人，参加体检的人数是40人，控制率达到86%。对以上人员建立了个人管理档案，并按期进行随访。

四、全镇防治慢性病工作取得了一些成效，但是还存在着一部分群众的健康意识不强，还一时改变不了旧的生活习惯，加之部分人不够重视，所以需要我们加大健康教育宣传力度，达到预防为主，防治结合。帮助慢性病患者医疗、康复、减少慢性病的发病，有利于家庭、社会和谐发展。

**老年人健康管理工作总结篇二**

在上级领导部门的指导及单位领导的关心下，通过我科室人员的共同努力，我中心儿童保健工作与上一年相比有了很大的进步，但同时也存在一些问题有待完善。为了回顾过去一年来的工作经验，以便在将来能够更好地开展儿童保健工作，现将我科室工作总结如下：

本辖区包括新垵村以及霞阳、祥露、兴旺三个居委会。辖区内现有0—7岁本地（包含省外来厦居住满1年）儿童1104人，其中新垵777人，霞阳236人，祥露63人。现有注册幼儿园所9所，其中市级幼儿园1所，区级幼儿园5所。儿童保健科现有工作人员4人，其中本科学历3人，医师2人，助理医师1人。现配备有wzr—ec型儿童保健电脑2台；儿童电子身高体重测量仪1台；杠杆式磅秤2台；hb—1002型血红蛋白仪1台；儿童检查床2张，儿童保健资料柜2个，移动式紫外线消毒车1台。

在过去的一年里，根据儿童保健相关规定，我科室下大力气完善各项儿童系统管理制度。现已纳入7岁以下儿童系统保健管理人数1104人，5岁以下儿童系统保健管理人数1034人，3岁以下儿童系统保健管理人数764人。

在今年《建立健康检查记录卡》的本地儿童已经做到了《村级出生月报表》、《儿童系统保健卡名册》、《儿童系统管理记录簿》和《儿童健康检查记录卡》之间的一一对应，做到了“一人一卡一编号”，实现了本地儿童的生长发育保健及健康体检的及时通知和追访，督促在册儿童在规定时间内前来进行儿童保健体检，同时对儿童家长进行儿童保健指导。

在7岁以下儿童中，广泛开展眼保健以及口腔保健工作。现管理体弱儿83人，3岁以下儿童中体弱儿管理人数33人，“五病”管理人数10人。并为其建立《体弱儿管理记录》，便于及时追访在管儿童，掌握其健康状态，及时进行保健指导及干预。

在日常儿童保健门诊工作中，严格规范儿童体检操作常规，认真做好一般儿童体格检查，并以此为契机，向儿童家长宣传正确的儿童喂养常识，倡导平衡膳食以及母乳喂养。在今年建立《建立健康检查记录卡》的443个儿童中进行调查，其中母乳喂养总人数达411人，母乳喂养率为92.7%。同时积极做好手足口病儿童的预检分诊和其他患病儿童的疾病保健宣教和转诊工作。

今年，在厦门市妇幼保健院的指导下参加“全国散居婴幼儿生长发育监测（肥胖干预）”工作，累计为50名儿童建立记录表。

在20xx年11月和20xx年5月对辖区内各托幼园所进行了儿童健康体检，累计体检儿童2660人次。及时了解在园儿童的健康情况，并将体检结果及时反馈给幼儿园及儿童家长。定期召开幼儿园保健老师工作例会，并开通辖区幼儿园儿童保健工作，提高幼儿园保健老师的整体素质，为学龄前儿童的保健工作奠定了一定基础。现在园儿童中发现体弱儿50人，在册管理体弱儿50人。

在20xx年4月至7月间，组织人员参加辖区内各幼儿园“手足口病专项督导工作”，并配合健教科下到幼儿园对在园老师及儿童家长进行手足口病、禽流感等主题宣讲。提高了幼儿园老师发现疾病处理疾病的能力及儿童家长的防病意识。为辖区内儿童疾病的一级预防添砖加瓦。

1、由于流动人口资料的不确定性较大，至今本辖区内流动儿童系统保健管理率仍较低，列入管理的流动儿童中，《建立健康检查记录卡》有相当一部分无法做到标准的“四、二、一”规范记录。给流动儿童的系统保健管理和流动儿童体弱儿管理工作增加了相当难度。

2、在儿童系统保健管理工作中，由于其在一定程度上与中心防疫工作的相关性，在1岁以上的儿童中，由于疫苗接种针次的减少，使得部分家长失去了对儿童保健体检的重视，在及时提醒的前提下，仍无法做到按时前来体检，为中心儿童保健工作带来了一定难度。

3、在儿童保健门诊工作中，医生自身素质有待进一步提高以适应辖区内日益增长的儿童保健工作需要。

4、在儿童保健门诊量较大的情况下，门诊公共秩序容易出现混乱现象，大大降低了工作效率。

5、由于各项客观因素，我科室至今未开展儿童听力及心理保健工作。

6、在托幼园所体检工作中，体检结果未能做到及时汇总，缺乏流行病学和统计学分析资料。同时也为年终各项工作报表的统计添加了难度。

7、由于我中心目前尚未开展临床门诊和检验科工作，所以，儿童的“五病”管理中的肺炎、腹泻、外伤这3部分工作存在一定的漏洞。

在接下来的工作中，我们除了要夯实原有工作成果外还应该从以下几方面着手：

1、以当地街道办、公安局以及辖区内各大医院加强联系和配合，同时讲究解决具体问题的方法，加大流动儿童保健工作力度。

2、与中心防疫科以及各村委会加强合作，加强儿童健康保健工作的宣传，提高健康体检知晓率和关注率。

3、加强自身队伍建设，积极参加上级组织的各项培训，努力提高医生的自身素质。

4、设立固定人员在门诊量大的情况下维持良好的工作秩序，以提高日常儿童保健门诊工作效率。

5、设立《托幼园所儿童体检统计汇总表》和《托幼园所儿童体检记录登记本》对托幼园所的体检工作进行及时汇总和分析。

相信，在接下来的工作中，我们将以最好的状态和饱满的热情去对待儿童保健工作，注重效率和方法，努力为辖区内儿童健康保健工作而奋斗！

**老年人健康管理工作总结篇三**

20xx年我院在上级主管理部门的指导下，认真贯彻落实《xxx市市城乡基层医疗卫生机构基本公共卫生服务项目（20xx版）》文件精神，加强内部管理，严抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全院职工的工作积极性和主动性，在高血压、糖尿病管理工作中做出了一定的成绩，现将我院20xx年高血压、糖尿病管理工作总结汇报如下：

1、建立慢病基础信息系统，利用现有网络对高血压、糖尿病和恶性肿瘤的新发首诊病例进行网络直报工作，由领导分管此项工作，责任落实到人。定期对慢病报告工作进行检查、督导。

2、对辖区内重点人群开展高血压、2型糖尿病筛查，早期发现高血压、糖尿病患者，确保对高血压、糖尿病病人的早诊断、早管理。

3、对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导和生活方式干预，对确诊高血压、糖尿病患者进行登记建档、纳入健康管理，并定期随访，以提高高血压、糖尿病的规范管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的自己管理和知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

4、从群体防治着眼，个体防治入手，对高血压、糖尿病等慢性病定期随访管理，探索管理模式和机制。

5、加强健康教育和健康促进，定期开展高血压、糖尿病专题知识讲座及大众宣传，普及辖区居民高血压、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。

6、建立规范化的\'高血压、糖尿病计算机档案管理系统。

1、高血压患者建档及管理

(1)20xx年高血压筛查：2805人。

(2)20xx年35岁首诊查血压：100%。

2、糖尿病患者建档及管理

（1）20xx年糖尿病患者筛查：2760人。

(2)20xx年40岁以上首诊查血糖：100%。

1、全年开展与慢病相关健康教育12期；

2、全年举办与慢病防治相关宣传栏8期；

3、全年发放与慢病防治相关宣传单2680份；

1、全年参加上级慢病相关知识培训6人次；

2、全年本院组织本院职工、乡村医生培训慢病相关知识4次。五、存在的问题及打算

慢病的预防和控制是一个长期的过程，20xx年慢病管理工作虽然取得了一定的成效，但也存在许多不足之处。

1、电子档案基本信息采集不全；

2、慢病随访不及时；

3、慢病随访表及其它相关资料管理不规范；

4、慢病管理人员不足。

在明年的工作中，我们将取长补短，不但摸索更好管理方法弥补不足，更加努力地把慢病管理工作做得更好。

20xx年12月26日

**老年人健康管理工作总结篇四**

20xx年上半年，我卫生院孕产妇保健工作在院领导的正确领导下，在上级主管部门和乡政府的大力支持下，使全乡孕产妇管理工作取得了进展，现将工作总结如下：

1、上半年有孕产妇（）人，其中产妇数（）人。全部住院分娩，孕产妇健卡率达99%，其中高危妊娠有（）人，全部住院分娩，并进行了100%的专案管理。

2、有育龄妇女花名册，妇女病治疗率达95%。

3、全乡无新生儿缺陷

4、上半年有体弱儿3个。

我们对公司的新老用户进行了走访和发放顾客满意度调查表对我公司的产品技师、物点和顾客关注的有关事项进行满意度调查，这些调查项目主要有产品的性能、功能、交货时间、价格等。用户对我公司的产品质量难予很高的`评价，希望今后能够进一步全作，同时也提出了一些好的建议，比如产品的包装、交货时间等。

以上就是我部在贯标工作开展以来所做的部分工作，虽然取得了一些成绩，但存在的问题也不少，主要表现在大家对标准理解的不深、学习不够，今后还要不断学习，提高工作效率和管理水平。

对相关方提出环境、职业健康要求！

**老年人健康管理工作总结篇五**

老年人是人类的宝贵财富，老年人健康是社会文明进步的\'重要标志，开展老年人健康管理工作，关系到家庭幸福、和社会和谐。在过去的一年中，根据基本公共卫生服务项目管理要求和我院辖区实际情况，我们将老年人管理工作列入预防保健工作的重要组成部分，作为尊老、敬老、爱老和服务社会的具体实事，当成公共卫生服务工作者义不容辞的职责，脚踏实地地开展了老年人健康管理工作。具体表现为以下几个方面：

12年的工作即将结束，这一年来，在各级部门的高度重视和领导的正确指导下，本着服务社区奉献社区的精神，明确责任目标，完成了年初的工作计划。

我院按照《仪陇县20xx年国家基本公共卫生服务项目工作要点》文件要求，认真开展今年65岁以上老年人免费体检工作。成立领导小组，组织各阶段具体工作的安排与实施。辖区内共摸底920人，建立65岁以上老年人档案920份，后期体检反馈单填写、中医药保健知识指导、体检结果汇总分析等工作也已完成，并按时完成体检信息月报表。

为了给广大老年人提供更多接受健康知识的机会，针对老年人的生理和心理特点，我们利用喜闻乐见的形式，广泛深入地开展了老年健康教育与健康促进活动，如广场互动式健康知识教育、健康橱窗展示、专题健康知识讲座、发放老年保健小册子、使高血压、糖尿病、肿瘤、家庭急救、预防跌倒、老年体育活动和老年人健康生活方式等科学知识为越来越多的老年人所认同和掌握。

每季度针对老年人常见疾病的预防保健，以及老年人常见伤害的预防急救进行培训指导，使得辖区内的老年人了解健康知识，远离疾病和伤害，让社区老年人的生活更健康。

今年我院共举办老年保健知识讲座8次。其中老年疾病预防保健知识讲座4次，老年常见伤害预防急救知识讲座4次。受到了居民的支持和好评。

在老年人健康管理工作中，我们率先引入绩效管理机制，对乡村两级工作质量和工作效率进行及时考核，并将考核结果与个人奖金挂钩，提高了工作效率。

由于老年人健康管理工作起步较迟，缺乏规范的运作模式和工作经验，不足之处在所难免。如老年人健康检查开展不平衡，，原发性高血压和2型糖尿病病人管理需进一步强化等等，我们将在新的一年里努力改进。我们将通过发挥公卫人员的聪明才智和善于吃苦、勤于工作、乐于奉献和勇于登攀的精神，将老年人健康管理工作推向新台阶。

**老年人健康管理工作总结篇六**

20xx年我院在上级主管理部门的指导下，认真贯彻落实《\*\*\*市市城乡基层医疗卫生机构基本公共卫生服务项目（20xx版）》文件精神，加强内部管理，严抓基本公共卫生服务项目工作，充分调动全院职工的工作积极性和主动性，在高血压、糖尿病管理工作中做出了一定的成绩，现将我院20xx年高血压、糖尿病管理工作总结汇报如下：

1、建立慢病基础信息系统，利用现有网络对高血压、糖尿病和恶性肿瘤的新发首诊病例进行网络直报工作，由领导分管此项工作，责任落实到人。定期对慢病报告工作进行检查、督导。

2、对辖区内重点人群开展高血压、2型糖尿病筛查，早期发现高血压、糖尿病患者，确保对高血压、糖尿病病人的早诊断、早管理。

3、对高血压、糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导和生活方式干预，对确诊高血压、糖尿病患者进行登记建档、纳入健康管理，并定期随访，以提高高血压、糖尿病的规范管理率和控制率，提高高血压和糖尿病患者的自我管理和知识和技能，减少或延缓高血压、糖尿病并发症的发生。

4、从群体防治着眼，个体防治入手，对高血压、糖尿病等慢性病定期随访管理，探索管理模式和机制。

5、加强健康教育和健康促进，定期开展高血压、糖尿病专题知识讲座及大众宣传，普及辖区居民高血压、糖尿病的防治知识，控制各种危险因素，提高人群的健康意识。

6、建立规范化的`高血压、糖尿病计算机档案管理系统。

1、高血压患者建档及管理

(1)20xx年高血压筛查：2805人。

(2)20xx年35岁首诊查血压：100%。

2、糖尿病患者建档及管理

（1）20xx年糖尿病患者筛查：2760人。

(2)20xx年40岁以上首诊查血糖：100%。

1、全年开展与慢病相关健康教育12期；

2、全年举办与慢病防治相关宣传栏8期；

3、全年发放与慢病防治相关宣传单2680份；

1、全年参加上级慢病相关知识培训6人次；

2、全年本院组织本院职工、乡村医生培训慢病相关知识4次。五、存在的问题及打算

慢病的预防和控制是一个长期的过程，20xx年慢病管理工作虽然取得了一定的成效，但也存在许多不足之处。

1、电子档案基本信息采集不全；

2、慢病随访不及时；

3、慢病随访表及其它相关资料管理不规范；

4、慢病管理人员不足。

在明年的工作中，我们将取长补短，不但摸索更好管理方法弥补不足，更加努力地把慢病管理工作做得更好。

20xx年12月26日

**老年人健康管理工作总结篇七**

老年人是人类的宝贵财富，老年人健康是社会文明进步的重要标志，开展老年人健康管理工作，关系到家庭幸福、政治稳定和社会和谐。在过去的一年中，根据基本公共卫生服务项目管理要求和我镇辖区实际情况，我们将老年人管理工作列入预防保健工作的重要组成部分，作为尊老、敬老、爱老和服务社会的`具体实事，当成公共卫生服务工作者义不容辞的神圣职责，不折不扣、脚踏实地地开展了老年人健康管理工作。具体表现为以下几个方面：

3月中旬，我们派出专职慢病医生参加了市cdc慢病防治专题培训会议。随即就召开了全镇乡村医生和全体防保人员培训会议。会上，除传达了市慢病工作会议精神，学习了市cdc慢病管理工作方案外，还讨论落实了我镇的具体工作步骤，落实了工作人员，制定了工作计划，确保了我镇老年人健康管理工作的顺利开展。

为确保工作进展，我们对全体防保人员实行了老年人健康管理工作划区包干，明确了1名分工负责人、1名管理人员在村一级，也明确了村卫生室医师亲自负责，形成了自上而下的工作合力。通过上下联通、医患互动，使我镇老年人健康管理工作实现了真正意义上零的突破。

针对老年人的生理和心理特点，我们利用喜闻乐见的形式，广泛深入地开展了老年健康教育与健康促进活动，如广场互动式健康知识教育、健康橱窗展示、专题健康知识讲座、发放老年保健小册子、与南京中医药大学联合开展老年传统医学服务进社区等，使高血压、糖尿病、肿瘤、家庭急救、预防跌倒、老年体育活动和老年人健康生活方式等科学知识为越来越多的老年人所认同和掌握。

全镇65岁以上老年人1062人，已建立健康档案3042份，建档率100%，电子录入3042份，电子档案录入率100%。按照每年进行一次健康检查的要求，我们组织了防保、临床和检验人员，走出医院、深入社区，扎扎实实地开展工作，截止11月20日，我们已完成2900人体检任务，体检率90%。体检过程中，我们及时对老年人生活方式和健康状况进行了评估，对查出的高血压病病人，糖尿病病人信息，已及时转入慢病组进行慢病管理，通过努力基本完善了老年人健康管理体系。

在老年人健康管理工作中，我们率先引入绩效管理机制，对镇村两级工作质量和工作效率进行及时考核，并将考核结果与个人奖金挂钩，做到了奖勤罚懒，提高了工作效率。

由于老年人健康管理工作起步较迟，缺乏规范的运作模式和工作经验，不足之处在所难免。如老年人健康检查开展不平衡，外来老年人健康管理机制不健全，原发性高血压和2型糖尿病病人管理需进一步强化等等，我们将在新的一年里努力改进。我们将通过善于吃苦、勤于工作、和勇于登攀的精神，将老年人健康管理工作推向新台阶。

**老年人健康管理工作总结篇八**

20xx年上半年，我卫生院孕产妇保健工作在院领导的正确领导下，在上级主管部门和乡政府的大力支持下，使全乡孕产妇管理工作取得了进展，现将工作总结如下：童提供方便，为我乡妇幼事业做出更大的贡献。

老年人是人类的宝贵财富，老年人健康是社会文明进步的重要标志，开展老年人健康管理工作，关系到家庭幸福、和社会和谐。在过去的一年中，根据基本公共卫生服务项目管理要求和我院辖区实际情况，我们将老年人管理工作列入预防保健工作的重要组成部分，作为尊老、敬老、爱老和服务社会的具体实事，当成公共卫生服务工作者义不容辞的职责，脚踏实地地开展了老年人健康管理工作。具体表现为以下几个方面：

的工作即将结束，这一年来，在各级部门的高度重视和领导的正确指导下，本着服务社区奉献社区的精神，明确责任目标，完成了年初的.工作计划。

我院按照《仪陇县20xx年国家基本公共卫生服务项目工作要点》文件要求，认真开展今年65岁以上老年人免费体检工作。成立领导小组，组织各阶段具体工作的安排与实施。辖区内共摸底920人，建立65岁以上老年人档案920份，后期体检反馈单填写、中医药保健知识指导、体检结果汇总分析等工作也已完成，并按时完成体检信息月报表。

为了给广大老年人提供更多接受健康知识的机会，针对老年人的生理和心理特点，我们利用喜闻乐见的形式，广泛深入地开展了老年健康教育与健康促进活动，如广场互动式健康知识教育、健康橱窗展示、专题健康知识讲座、发放老年保健小册子、使高血压、糖尿病、肿瘤、家庭急救、预防跌倒、老年体育活动和老年人健康生活方式等科学知识为越来越多的老年人所认同和掌握。

每季度针对老年人常见疾病的预防保健，以及老年人常见伤害的预防急救进行培训指导，使得辖区内的老年人了解健康知识，远离疾病和伤害，让社区老年人的生活更健康。

今年我院共举办老年保健知识讲座8次。其中老年疾病预防保健知识讲座4次，老年常见伤害预防急救知识讲座4次。受到了居民的支持和好评。

在老年人健康管理工作中，我们率先引入绩效管理机制，对乡村两级工作质量和工作效率进行及时考核，并将考核结果与个人奖金挂钩，提高了工作效率。

由于老年人健康管理工作起步较迟，缺乏规范的运作模式和工作经验，不足之处在所难免。如老年人健康检查开展不平衡，，原发性高血压和2型糖尿病病人管理需进一步强化等等，我们将在新的一年里努力改进。我们将通过发挥公卫人员的聪明才智和善于吃苦、勤于工作、乐于奉献和勇于登攀的精神，将老年人健康管理工作推向新台阶。

**老年人健康管理工作总结篇九**

20xx年我村在上级主管部门的领导下，根据县级文件的要求，加强内部管理，严抓公共卫生服务项目工作，充分调到全院职工的工作积极性和主动性，20xx年儿童健康管理工作中做出了一定的成绩，现将我村儿童健康管理工作总结如下：

（一）工作方法与内容

一、服务对象

1、辖区内居住的所有儿童。

二、服务内容

1、新生儿家庭访视：新生儿出院一周内，村卫生室相关负责人到新生儿家中进行，同时进行产生访视，了解出生时的情况，预防接种情况，新生儿筛查情况。观察家居环境，重点询问和观察喂养、睡眠、大小便、黄疸、脐部情况、空腔发育等。为新生儿测体温，记录出生时体重、身长，进行体格检查，同时建立《儿童保健手册》。根据新生儿具体情况，有针对性地对家长进行母乳喂养、护理和常规疾病预防指导。对低出生体重、早产、多胎或有出生缺陷的新生儿根据实际情况增加访视次数。

2、新生儿满月健康管理：新生儿满28天后，应接种乙肝疫苗第二针，到卫生院或卫生室进行随访，重点询问和观察喂养、睡眠、大小便、黄疸等情况，对其进行体重、身长测量、体格检查和发育评估。

3婴幼儿健康管理：满月后随访记录均应在卫生院或卫生室进行，时间分别是3月、6月、8月、12月、18月、24月、30月、36月龄时，共计8次，服务内容包括询问上次随访到本次随访之间婴幼儿喂养、辅食添加、心理行为发育、意外伤害预防、空腔保健、常见疾病防治等健康指导。在婴幼儿6月、18月、30月龄时进行1次血常规检测，体检后接受疫苗接种。

4、学龄前儿童健康管理：为儿童每年提供一次健康管理服务。散居儿童应在卫生院或卫生室进行，集体儿童可在托幼机构进行，服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的膳食、患病情况，进行体格检查，生长发育和心理行为发育评估，血常规检测，进行合理膳食、心理行为发育、意外伤害预防、口腔保健、常见疾病防治等健康指导，体检合格结束后进行预防接种。

5、健康问题处理：对健康管理中有营养不良、贫血、单纯性肥胖儿童等应当分析其原因，给出指导或转诊建议。

（三）明年的\'打算

针对存在的问题，明年我们将采取以下措施弥补不足

1、加强宣传力度，重点开展居民健康教育。

2、加强人员培训，鼓励有资质的医务人员参与公共卫生服务。

**老年人健康管理工作总结篇十**

1、孕期的.合理营养。因为大多数运费在孕期只知一味增加各种营养，但不知如何合理的增加营养。我们根据周的大小向孕妇建议其增加的各种饮食。如告知每日膳食中药包括四类食物（1、粮谷类食物2、动物性食物3、蔬菜、水果4、奶及奶制品）。同时在孕中期应该增加各种营养素的摄入量，尽量满足胎儿迅速生长以及母体营养储存的需要。

2、关于胎教、胎动的监测，孕妇应该保证充足的睡眠。

3、关于孕产妇保健以及选择剖腹产或者顺产的选择。

4、建议孕妇作新生儿筛查工作。

5、关组孕妇的身体状况。（如：身高、体重、腹围）

6、对孕妇在各孕期的随访中，注意与孕妇的沟通，嘱咐孕妇保持乐观向上的精神态度。

7、对孕妇做好相关基础信息的采集、登记、统计和管理。

8、为我辖区内户籍与流动人口妊娠妇女建立“母子保健手册”，并进行孕期及产后的随访调查。

9、按高危孕产妇管理要求，对建册的孕产妇进行高危筛查。并对筛查出的高危孕妇按要求进行登记、随访与管理。

我社区按照2024年服务规范对我辖区内的孕产妇进行健康管理工作。

本文档由028GTXX.CN范文网提供，海量范文请访问 https://www.028gtxx.cn