109.11.29制定

110. 1.20修訂

標籤貼紙

**高雄市立民生醫院附設住宿長照機構(飛象家園)**

**個案基本資料**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 床號 | | |  | | | | | | 入住日期 | |  | | |
| 身分證字號 |  | | 生日 | | |  | | | | | | 性別/年齡 | |  | | |
| 主責社工 |  | | | | | | | | | | | 連絡電話 | |  | | |
| 醫療決策者 |  | | 稱謂 | | |  | | | | | | 連絡電話 | |  | | |
| 案主監護人 |  | | 稱謂 | | |  | | | | | | 連絡電話 | |  | | |
| 入住原因 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身心障礙類別 | 第 類【 】  第 類【 】  第 類【 】 | | | | 鑑定日期 | | | |  | | | | | | | |
| 重新鑑定  日期 | | | |  | | | | | | | |
| 重大傷病卡號 |  | | | | 重大傷病程度 | | | | | |  | | | | | |
| 代管證件 | □健保卡 □身分證 □身心障礙證明 □其他: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 簽立文件 | □預立醫療決定書 □簽署DNR □其他: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 相關文件 | □病歷摘要 □診斷證明 □其他: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就學情形 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病史 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過敏史 | □無 □藥物： □其他： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身高 | CM | 頭圍 | | CM | | | 體重 | | | KG | | | 理想體重 | | | KG |
| 管路 | □無 □鼻胃管 □尿管 □氣切  □肛門造口 □胃造口 □其他: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平日就醫需求 | □無 □門診: □復健: □其他: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急就醫地點 |  | | | 緊急聯絡人 | | | |  | | | | | 電話 | |  | |
|  | | | | |  | |
| 護理技術需求 | □傷口護理 □抽痰 □氧氣□噴霧化痰□血糖監測 □胰島素注射  □其他: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 飲食方式 | □自行進食 □由口餵食 □管灌飲食 □忌口:  □一天3餐 □一天4餐 □一天5餐 □一天6餐 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特殊飲食 | □腎臟病配方□蛋奶素□全素□保健食品:  □其他： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自備物品/藥品 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特殊交班事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

◇家系圖

|  |
| --- |
|  |

填表人:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_飛象家園護理師簽收： 日期/時間：