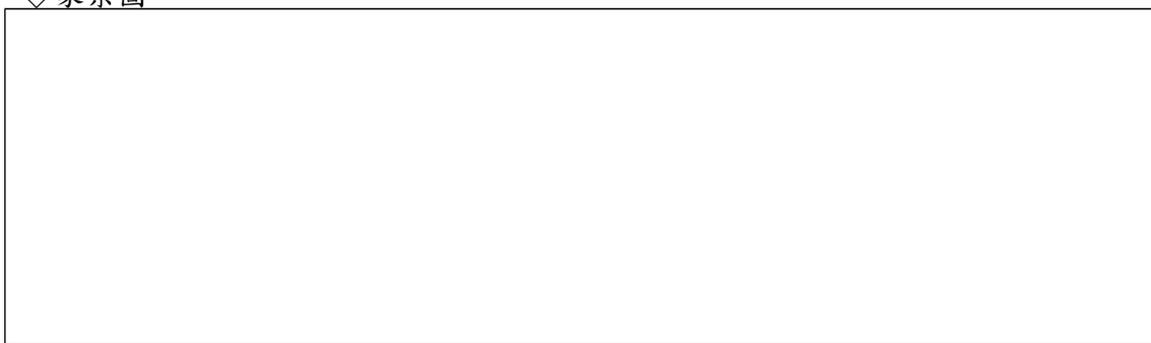


個案基本資料

標籤貼紙

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【	鑑定日期			
	第_____類【	重新鑑定			
	第_____類【	日期			
重大傷病卡號			重大傷病程度		
代管證件	<input type="checkbox"/> 健保卡 <input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 其他:				
簽立文件	<input type="checkbox"/> 預立醫療決定書 <input type="checkbox"/> 簽署DNR <input type="checkbox"/> 其他:				
相關文件	<input type="checkbox"/> 病歷摘要 <input type="checkbox"/> 診斷證明 <input type="checkbox"/> 其他:				
就學情形					
疾病史					
過敏史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 藥物: <input type="checkbox"/> 其他:				
身高	CM	頭圍	CM	體重	KG
					理想體重
管路	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管_____ <input type="checkbox"/> 尿管_____ <input type="checkbox"/> 氣切_____ <input type="checkbox"/> 肛門造口_____ <input type="checkbox"/> 胃造口_____ <input type="checkbox"/> 其他:_____				
平日就醫需求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 門診:_____ <input type="checkbox"/> 復健:_____ <input type="checkbox"/> 其他:_____				
緊急就醫地點			緊急聯絡人	電話	
護理技術需求	<input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 抽痰 <input type="checkbox"/> 氧氣 <input type="checkbox"/> 噴霧化痰 <input type="checkbox"/> 血糖監測 <input type="checkbox"/> 胰島素注射 <input type="checkbox"/> 其他:				
飲食方式	<input type="checkbox"/> 自行進食_____ <input type="checkbox"/> 由口餵食_____ <input type="checkbox"/> 管灌飲食_____ <input type="checkbox"/> 忌口:_____ <input type="checkbox"/> 一天3餐 <input type="checkbox"/> 一天4餐 <input type="checkbox"/> 一天5餐 <input type="checkbox"/> 一天6餐				
特殊飲食	<input type="checkbox"/> 腎臟病配方 <input type="checkbox"/> 蛋奶素 <input type="checkbox"/> 全素 <input type="checkbox"/> 保健食品: <input type="checkbox"/> 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：_____