



門諾壽豐護理之家個案入住前體檢評估單

* 醫生填寫

姓 名		性 別		出 生 日 期	年 月 日
診斷/過去病史					
抽 血 項 目	血球	WBC_____ RBC_____ Hb_____ MCV_____ Ht_____ Platelet_____			
	生化	BUN_____ Cr_____ Na_____ K_____ Triglyceride_____ Cholesterol_____ Albumin_____ Total protein_____ Blood sugar_____ GOT_____ GPT_____			
	血清免疫	RPR_____ HBsAg_____ Anti-HCV_____			
檢 查	肺結核	☐ 無 ☐ 無症狀鈣化陳舊性病灶 ☐ 有症狀的肺結核 (☐ 開放性 ☐ 非開放性)			
	胸部 X 光				
	皮膚檢查	☐ 正常 ☐ 曾有疥瘡感染 ☐ 其他皮膚疾病_____			
糞便	阿米巴痢疾_____ 桿菌性痢疾_____ 寄生蟲卵濃縮法_____ (院內批價碼 107012)				
尿液					
其他注意事項或特殊藥物指示					
健檢醫師簽章及證書字號					

註、請附病歷摘要以便本機構醫師參考, 抽血報告以一週內為主. 若非本院病患, 請 copy 一份一個月內的胸部 x 光片或光碟.

* 護理師填寫

巴氏量表		進食___ 輪椅與床位間的移位___ 個人衛生___ 上廁所___ 洗澡___ 上下樓梯___ 行走於平地上___ 穿脫衣服___ 大便控制___ 小便控制___ 總分: _____			
身 體 評 估	意識狀態	GCS: _____ ☐ 清醒 ☐ 混亂 ☐ 躁動 ☐ 昏迷 ☐ 其他_____			
	生命徵象	☐ 穩定 ☐ 不穩定 T: _____ P: _____ R: _____ BP: _____			
	特殊醫療	☐ 鼻胃管 ☐ 尿管 ☐ 膀胱造瘻 ☐ 腸造瘻 ☐ 氣切 ☐ 抽痰 ☐ 氧氣 (%/L)_____ ☐ 傷口 ☐ 洗腎 ☐ 呼吸器 ☐ 其他_____			
處 置	N-G tube	size: _____	材質: _____	最後更換日期: _____	
	Foley	size: _____	材質: _____	最後更換日期: _____	
	Trachea	size: _____	材質: _____	最後更換日期: _____	
	其他管路	size: _____	材質: _____	最後更換日期: _____	
傷口	部位	大小 (公分)	外觀	換藥次數	換藥方式
其他注意事項:			聯絡電話或分機號碼:		