

一、基本資料

入院途徑：☐門診 ☐急診

職業：

身分(健保、福保、中低)：

教育：

宗教：

語言：

婚姻：

身高：

體重(最近體重有無異常減輕)：

二、家族樹:(需問同住者及家中排行)

主要陪伴者：

緊急連絡者(至少兩位)：

經濟來源：

三、健康史(1):

家族病史：

過去病史：

手術史：

抽菸、喝酒、吃檳榔：

家庭成員有沒有抽菸：

有無規律運動：

最近服藥情形(包含保健食品及中藥)：

有無忘記吃藥：

自備藥物家屬帶回?給護理人員?

健康史(2):

食物過敏：☐無 ☐有：_____

藥物過敏：☐無 ☐有：_____

排尿型態：

排便型態：

左右眼視力：

左右耳聽力：

健康史(3)：

輔助物(隱形(眼鏡)助聽器)：

月經史：最後一次月經日期，初經____歲 週期____天 持續____天 有無經痛

產科史：初孕____歲 孕次____次，產次____次，流產____次 D&C

服用 RU486 進行流產？

避孕方式：無 口服避孕藥 保險套 子宮內避孕器 結紮

陰道出血：

血塊：

生殖器外觀：

乳房：正常 硬塊 異常分泌物 皮膚完整性受損

四、心理社會：

心理：

疾病是否對你情緒造成影響？

☐穩定(無)

☐不穩定(有)：☐焦慮☐害怕☐自殺☐暴力(語言?行為?)☐悲傷、

☐痛苦☐罪惡☐其他_____

社會：

☐適應(沒問題)

☐經濟困難但可尋求資源☐經濟困難需社會資源☐遭遺棄☐家庭互動問題☐家

屬照顧意願低☐長期安置於養護機構☐有非婚生子女☐被他人施暴虐待

病人健康問卷：

1. 過去兩周內，你會覺得心情低落、鬱悶、感到絕望？ ☐會 ☐不會

2. 過去兩周中，你會覺得做事情失去興趣？ ☐會 ☐不會

五、疼痛評估：

意識狀況：☐清醒☐嗜睡☐半昏迷☐昏迷☐其他_____ GCS:E M V

有無疼痛：☐無 ☐有(續寫下面)

疼痛反應：☐逃避按壓☐呻吟☐愁眉苦臉☐屈伸☐不敢移動☐其他_____

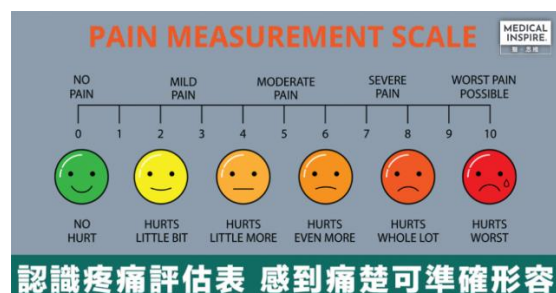
疼痛部位：

疼痛強度(1-10 分)：

疼痛性質：☐刺痛☐悶痛☐抽痛☐脹痛☐灼熱痛☐絞痛☐銳痛☐酸痛☐麻痛

☐壓痛

深淺層：☐深☐淺



疼痛評估(2):

發作時間長短：☐無☐連續性☐間段的☐偶發的☐多在白天☐多在晚上☐其他

疼痛加重因素：☐無☐移動身體☐飲食☐咳嗽☐大小便☐其他

疼痛減輕因素：☐無☐藥物☐按摩☐熱敷☐維持某些姿勢☐其他

伴隨疼痛症狀：☐無☐腹脹☐食慾不佳☐便秘☐疲倦☐虛弱無力☐呼吸困難、喘☐水腫☐麻木☐行動困難☐失眠☐其他

之前治療方法：☐無☐止痛藥☐化學治療☐放射線治療☐手術☐其他

之前治療效果：☐無☐良好☐中等☐不好☐其他

停止治療原因：☐無☐效果不如_____他

過去疼痛病史：☐無☐有_____

病患對於疼痛特殊表達☐無☐有

六、皮膚評估:

感覺知覺程度：☐完全受限☐非常受限☐部分受限☐無障礙

潮濕程度：☐皮膚持續潮濕☐皮膚潮濕☐皮膚偶爾潮濕☐皮膚很好潮濕

活動力：☐限制臥床活動☐僅限坐姿☐偶爾走動☐經常行走

移動力：☐完全無法移動☐非常受限☐輕微受限☐未受限

營養狀態：☐營養狀況很差☐營養可能不足☐營養足夠☐營養供應優良

摩擦力／剪力：☐有此問題☐有潛在的問題☐沒有明顯問題

七、功能評估:

跌倒評估

重要因素：☐無☐年齡≥65歲☐步態不穩 ☐使用：☐鎮靜安眠劑

☐抗精神病藥物☐麻醉止痛類用藥☐抗癲癇藥物☐抗憂鬱藥物

次要因素：☐無☐性別為男性☐頭暈或暈眩☐足部感覺異常☐需使用助行輔具

☐一年內曾有跌倒經驗(原因_____ ☐有傷害☐無傷害)☐住院中無照顧者

吞嚥困難高危險群篩檢：☐無吞嚥困難☐有，☐使用灌食空針☐有吸入性肺炎病史☐嗆咳☐流涎☐進食後聲音改變出現，出現痰聲或呼吸困難呼吸頻率改變☐無法評估☐意識不清☐拒絕吞嚥測試

七、功能評估(2):

ADL 巴氏量表

個人衛生/修飾	0 需別人協助	☐ 0 ☐ 5
洗澡	5 自行完成	☐ 0 ☐ 5
進食	0 完全依賴他人	☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
如廁	5 需部份協助	☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
穿脫衣物	10 可自行完成	☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
大便控制	0 無法完成	☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
小便控制	5 偶爾失禁 10 無失禁	☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
上下樓梯	0 無法完成 5 需要協助(言語. 行動. 輔具) 10 可自行完成	☐ 0 ☐ 5 ☐ 10
移位(床至椅/ 椅至床)	0 無法完成，坐不平衡 5 需要大部分協助，可坐起 10 需要稍微協助 15 可自行完成	☐ 0 ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15
平地行走	0 無法行走或輪椅自行行動小於 50 公尺 5 輪椅自行行動 50 公尺(可轉彎) 10 稍微協助可走 50 公尺以上 15 獨立或使用輔具行走 50 公尺	☐ 0 ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15

八、營養篩檢

身高:_____；體重_____

☐有☐無，症狀如：穿衣服褲頭、領口變鬆很多；臉頰、太陽穴明顯消瘦，或一個月體重流失>5%，三個月體重流失>7.5%；六個月體重流失>10%(符合其中一項)

☐有☐無，過去連續 7 天，進食量少於平日的一半？

☐有☐無，年齡大於等於 70 歲

九、靈性評估：

☐有☐無☐無法評估，疾病是否對您的情緒造成影響？

☐有☐無☐無法評估，病人健康問卷(PHQ-2)總分大於等於 3 分？

☐有☐無☐無法評估，二周內您對生活感到沒有目標、沒有意義？

☐有☐無☐，您需要宗教關懷嗎？

資料來源：☐病人☐親屬☐朋友☐病歷資料☐其他_____