

全民健康保險居家照護醫囑單

申請日期：□□□年□□月□□日

姓名：□□□□□性別：□ 1 男 □ 2 女 (___歲) 出生日期：□□□年□□月□□日

身分證號□□□□□□□□□□直接聯絡人_____與病人關係_____

住址：_____電話：_____

醫囑日期□□□年□□月□□日 (本醫囑單之效期為 30 日)

過去病史：_____

目前情況：_____

疾病診斷 (ICD-9-CM, 病名)：主診斷□□□□□ 次診斷 1 □□□□□

次診斷 2 □□□□□ 次診斷 3 □□□□□ 次診斷 4 □□□□□

(住院個案填寫)

住院日期：□□□年□□月□□日 轉介醫院代號：□□□□□□□□□□

出院日期：□□□年□□月□□日 轉介醫師身分證號：□□□□□□□□□□

醫院電話：_____

(非住院個案填寫)

收案訪視日期：□□□年□□月□□日 契約醫院代號：□□□□□□□□□□

收案訪視醫師身分證號：□□□□□□□□□□ 醫院電話：_____

醫囑：

更換鼻胃管 (Y/N)：□□天換一次；

材質：□ 1 一般塑膠 □ 2 矽質 □ 3 其他 _____；管徑大小：□□ FR

更換導尿管 (Y/N)：□□天換一次；

材質：□ 1 一般橡膠 □ 2 矽質 □ 3 其他 _____；管徑大小：□□ FR

更換氣切管 (Y/N)：□□天換一次；

材質：□ 1 一般塑膠 □ 2 矽質 □ 3 鐵製 □ 4 其他 _____；

管徑大小：□□ mm

腸造口 (Y/N) 胃造口 (Y/N) 膀胱造口 (Y/N) 壓瘡 (Y/N)

尿液檢查 (Y/N)：□□ 天一次，項目：_____；

血液檢查 (Y/N)：□□ 天一次，項目：_____；

膀胱灌洗 (Y/N)：□□ 天一次

傷口照護 (Y/N)：□□ 天一次

其他處置：_____

藥物處方：_____

其他：_____

醫師身分證號：□□□□□□□□□□

醫師簽名 _____