

# 全民健康保險居家照護醫囑單

申請日期： 年 月 日 (居護所填寫)

姓名： 性別：1男 2女 出生日期： 年 月 日 (歲)  
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：

除管路照護外，需盡快安排居家照護指導訪視。

疾病診斷 (ICD-10-CM, 病名)：主診斷 次診斷 1 次診斷 2

## (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：0601160016  
收案訪視醫師身分證號： 醫院電話： 28712121-2517

醫囑：

- 更換鼻胃管(Y/N)： 天換一次；最後一次換管日期： 年 月 日  
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；最後一次換管日期： 年 月 日  
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；最後一次換管日期： 年 月 日  
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)：PRN，項目： \_\_\_\_\_；
- 血液檢查(Y/N)：PRN，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： \_\_\_\_\_

醫師身分證號： 醫師簽名 \_\_\_\_\_

◆轉介機構：榮總附設居護所，28712121-2517，醫囑單正本請傳致德樓 R2  
 居護所， \_\_\_\_\_，醫囑單傳真後，請將正本交給家屬。

◆非正式病歷，勿歸病歷室