

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

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

(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；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)：	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

◆轉介機構：☐院外居護所：_____，醫囑單傳真給院外居護所，請將正本交給家屬

☐院內榮總附設居護所，電話2871-2121-89792，醫囑單正本請傳致德樓R2

◆非正式病歷，勿歸病歷室