

【院友健康記錄表】

目錄

內容		頁碼
新入住資料		
I.	A. 病歷	1
	B. 預防流行性感疫苗注射記錄	1
	C. 現正接受醫療服務及覆診機構	1
II.	藥物記錄	
	1. 藥物敏感歷史	2
	2. 現正使用的處方藥物	2
	3. 現正使用的非處方藥物 (包括成藥)	3
III.	近況	
	1. 日常膳食	4
	2. 觀察記錄	4
	3. 護理記錄	5
IV.	健康狀況	
	1. 吸煙習慣	6
	2. 飲酒習慣	6
	3. 日常活動及自理能力	6
	4. 視聽能力	7
	5. 語言溝通能力	7
	6. 認知	7
	7. 大小便自制能力	7
V.	急性求診及住院記錄	8
VI.	覆診記錄	9
VII.	褥瘡/傷口的護理	10
VIII.	使用約束物品記錄	11
IX.	意外記錄	12
X.	健康教育/康樂活動記錄	13
	醫療及輔助護理記錄表	14

【院友個人記錄】

安老院名稱：	電話：
地址：	

院友個人資料

請在適當的 ☐ 內加 ☒

姓名(中文)：	(英文)：
性別：	出生日期：
身份証號碼：	入住本院日期：
院友手提：	退院日期： <input type="checkbox"/> 轉院 <input type="checkbox"/> 死亡
通訊地址：	通訊電話：

聯絡人 (排列次序以緊急情況通知時優先)

姓名及身份証號碼	關係	電話 / 地址

社交狀況

教育程度：	<input type="checkbox"/> 小學	<input type="checkbox"/> 中學	<input type="checkbox"/> 大學	<input type="checkbox"/> 未受教育	<input type="checkbox"/> 未受教育，但可閱報
所用語言：	<input type="checkbox"/> 廣東話	<input type="checkbox"/> 潮州話	<input type="checkbox"/> 福建話	<input type="checkbox"/> 客家話	<input type="checkbox"/> 上海話 <input type="checkbox"/> 台山話
	<input type="checkbox"/> 國語	<input type="checkbox"/> 其他：_____			
從前主要職業：					
宗教信仰：	<input type="checkbox"/> 天主教	<input type="checkbox"/> 基督教	<input type="checkbox"/> 佛教	<input type="checkbox"/> 回教	<input type="checkbox"/> 其他：_____
婚姻狀況：	<input type="checkbox"/> 單身	<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 鰥寡
經濟狀況：	<input type="checkbox"/> 經濟獨立	<input type="checkbox"/> 家人供養	<input type="checkbox"/> 高齡津貼 *(普通 / 高額)		
	<input type="checkbox"/> 綜合援助，綜援號碼：_____			<input type="checkbox"/> 傷殘津貼 *(高 / 低)	
出外參加社交網絡：	<input type="checkbox"/> 社區中心	<input type="checkbox"/> 教會	<input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 其他：_____	
親友探訪(請註明與院友關係)：	(一)_____ 探訪習慣_____				
	<input type="checkbox"/> 不適用 (二)_____ 探訪習慣_____				

*請刪去不適用者

姓名：_____

床號：_____

身份証號碼：_____

【院友健康記錄表】

新入住資料

1. 新入住記錄

入住日期：_____

陪同人：_____

由何處轉來：_____

相片

2. 入住時檢查情況

請在適當的 ☐ 內加✓

血壓：_____mmHg	脈搏：_____/min	呼吸：_____/min	體溫：_____°C
護理程度： <input type="checkbox"/> 1. 自理 <input type="checkbox"/> 2. 半護理 <input type="checkbox"/> 3. 全護理 <input type="checkbox"/> 4. 特別護理			
活動能力： <input type="checkbox"/> 1. 行動自如 <input type="checkbox"/> 2. 需要幫助 <input type="checkbox"/> 3. 需要助行器 <input type="checkbox"/> 4. 輪椅代步 <input type="checkbox"/> 5. 長期坐椅 <input type="checkbox"/> 6. 長期臥床			
飲食種類： <input type="checkbox"/> 1. 正餐 <input type="checkbox"/> 2. 碎餐 <input type="checkbox"/> 3. 糊餐 <input type="checkbox"/> 4. 管飼			
護理服務： <input type="checkbox"/> 需要用尿片 <input type="checkbox"/> 尿喉護理 <input type="checkbox"/> 其他造口護理			

3. 入住時所攜帶用品

藥物：	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
院友身份証：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 沒有，請註明原因：_____
醫療用品：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請選擇下列用品 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 便椅 <input type="checkbox"/> 扶手架 <input type="checkbox"/> 其他（請註明）：_____	
覆診物資：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請選擇下列 <input type="checkbox"/> 覆診紙，如有數目：_____ <input type="checkbox"/> 豁免證明書 <input type="checkbox"/> 上車証，如易達巴士 <input type="checkbox"/> 已預約上車証，如非緊急車 <input type="checkbox"/> 其他（請註明）：_____	

當值醫護員簽名：_____

日期：_____

姓名：_____

床號：_____

身份証號碼：_____

【院友健康記錄表】

I. A. 病歷 (經醫生診斷後)

請在適當的 ☐ 內加 ☒

<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 中風	<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 癌病種類：
<input type="checkbox"/> 冠心病	<input type="checkbox"/> 慢性支氣管炎 / 肺氣腫	<input type="checkbox"/> 老年痴呆症	<input type="checkbox"/> 前列腺肥大	
<input type="checkbox"/> 心律不齊	<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 帕金森病	<input type="checkbox"/> 白內障 () 左 () 右 () 手術 () 手術 () 內置鏡片 () 內置鏡片	
<input type="checkbox"/> 心臟衰竭	<input type="checkbox"/> 痛風症	<input type="checkbox"/> 抑鬱症		
<input type="checkbox"/> 腎臟衰竭	<input type="checkbox"/> 退化性關節炎	<input type="checkbox"/> 精神病種類：		
<input type="checkbox"/> 其他病症：			<input type="checkbox"/> 青光眼 () 左 () 右	
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (*請參考第10頁)				
<input type="checkbox"/> 需要使用約束物品 (*請參考第11頁)				
<input type="checkbox"/> 骨折位置：				
<input type="checkbox"/> 外科手術：				
<input type="checkbox"/> 敏感歷史(包括物件、食品、藥物)：				

B. 預防流行性感疫苗注射記錄： (日/月/年)

日期：	日期：	日期：	日期：	日期：	日期：
日期：	日期：	日期：	日期：	日期：	日期：

C. 現在接受醫療服務及覆診機構：

<input type="checkbox"/> 老人日期醫院：	
<input type="checkbox"/> 社區老人評估小組：	
<input type="checkbox"/> 普通科門診：	
<input type="checkbox"/> 社康護理服務	<input type="checkbox"/> 專科門診：
<input type="checkbox"/> 駐院醫生姓名/電話：	
<input type="checkbox"/> 家庭醫生姓名/電話：	

姓名： _____ 床號： _____ 身份証號碼： _____

【院友健康記錄表】

II. 藥物記錄

1. 藥物敏感歷史： ☐ 有(請參考第1頁) ☐ 無 ☐ 沒有資料

2. 現在使用的處方藥物 (* 政府機構 / 私家醫生) 日期： _____

藥名、劑型、劑量、 使用次數/時間、使用途徑	開始使用 藥物日期	停用 藥物日期	藥物來源	注意事項	簽名

姓名： _____

床號： _____

身份証號碼： _____

【院友健康記錄表】

II. 藥物記錄

3. 現在使用的非處方藥物 (包括成藥)

藥名、劑型、劑量、 使用次數/時間、使用途徑	開始使用 藥物日期	停用 藥物日期	藥物來源	使用原因	簽名

身份証號碼：_____

身份証號碼：_____

姓名：_____

床號：_____

身份証號碼：_____

【院友健康記錄表】

IV. 健康狀況

1. 吸煙習慣： ☐ 從不☐ 已戒_____年☐ 每天吸_____支☐ 間中吸2. 飲酒習慣： ☐ 從不☐ 已戒_____年☐ 每天飲多少_____☐ 間中飲

3. 日常活動及自理能力：

觀察日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
最高活動能力	完全獨立						
	協助步行						
	輪椅						
	坐椅						
	臥床						
肢體活動	完全正常						
	手有障礙	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右
	腳有障礙	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右
飲食	獨立						
	需要幫助						
	完全依賴						
	需要輔助器種類：						
穿衣	獨立						
	需要幫助						
	完全依賴						
	需要輔助器種類：						
梳洗	獨立						
	需要幫助						
	完全依賴						
	需要輔助器種類：						
步行	獨立						
	需要幫助						
	完全依賴						
	需要輔助器種類：						
上落床	獨立						
	需要幫助						
	完全依賴						
	需要輔助器種類：						
沐浴	獨立						
	需要幫助						
	完全依賴						
	需要輔助器種類：						
如廁	獨立						
	需要幫助						
	完全依賴						
	需要輔助器種類：						

姓名：_____

床號：_____

身份証號碼：_____

【院友健康記錄表】

IV. 健康狀況

4. 視聽能力

觀察日期		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右
視力	清楚												
	視力模糊												
	失明												
	需要輔助器：												
聽力	清楚												
	聽力模糊												
	嚴重失聰												
	需要助聽器												

5. 語言溝通能力

清楚					
含糊					
無反應					

6. 認知

認知	時間					
	人物					
	地方					
	無認知能力					

7. 大小便自制能力

*請刪去不適用者

需要用尿片？		*是 / 否	*是 / 否	*是 / 否	*是 / 否	*是 / 否	*是 / 否
大便	正常						
	便秘						
	失禁						
	腸造口						
	需要輔助器：						
小便	正常						
	間歇性失禁						
	完全失禁						
	造口						
	導尿管						
	其他輔助器：						

評核職員簽名						
--------	--	--	--	--	--	--

身份証號碼：_____

姓名： _____ 床號： _____ 身份証號碼： _____

【院友健康記錄表】

VII. 褥瘡/傷口的護理

位置： _____ 發現日期： _____ 復原日期： _____

觀察日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
進展良好						
進展緩慢						
情況惡化						
詳細情況						

位置： _____ 發現日期： _____ 復原日期： _____

觀察日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
進展良好						
進展緩慢						
情況惡化						
詳細情況						

位置： _____ 發現日期： _____ 復原日期： _____

觀察日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
進展良好						
進展緩慢						
情況惡化						
詳細情況						

位置： _____ 發現日期： _____ 復原日期： _____

觀察日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
進展良好						
進展緩慢						
情況惡化						
詳細情況						

身份証號碼：_____

姓名：_____

床號：_____

身份証號碼：_____

【院友健康記錄表】

IX. 意外記錄

意外日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
意外事故							
發現位置							
院友當時情況							
相關護理記錄(5)頁碼		第 頁	第 頁	第 頁	第 頁	第 頁	第 頁
引致意外 高危因素	個人	視力衰退					
		聽覺減低					
		關節疾病					
		慢性疾病					
		服用多種藥物					
		其他：					
	現場環境	地面濕滑					
		地面凹凸					
		環境黑暗					
		雜物障礙					
		傢俱不適當					
		其他：					
處理	損傷 (註明位置)						
	醫生到診						
	門診/急症室						
	住醫院						
	其他：						
建議							

姓名： _____ 床號： _____ 身份証號碼： _____

【醫療及輔助護理記錄表】

診治日期	診症及處理記錄	醫生/輔助護理員 姓名及簽名