

全民健康保險居家照護四個月評值結果表

申請日期 年月日

評值日期 年月日

評值結果	保險對象姓名 _____
保險對象身分證號 <input type="text"/>	出生日期 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
<p>鈎選第 1 項—定期更換導尿管，預防泌尿道感染</p> <p>評值結果：</p> <p>1. 小便性狀：<input type="checkbox"/>1 清澈無沈澱 <input type="checkbox"/>2 清澈有沈澱 <input type="checkbox"/>3 混濁無沈澱 <input type="checkbox"/>4 混濁有沈澱 <input type="checkbox"/>5 色深無沈澱 <input type="checkbox"/>6 色深有沈澱 <input type="checkbox"/>7 其他 _____</p> <p>2. UTI 徵狀：<input type="checkbox"/>1 無 <input type="checkbox"/>2 小便有灼熱感 <input type="checkbox"/>3 頻尿 <input type="checkbox"/>4 發燒 <input type="checkbox"/>5 血尿 <input type="checkbox"/>6 尿液混濁 <input type="checkbox"/>7 其他 _____</p> <p>3. 每日水份攝取量：<input type="checkbox"/>1. 2,000cc 以上/天 <input type="checkbox"/>2. 1,500 至未滿 2,000cc/天 <input type="checkbox"/>3. 1,000 至未滿 1,500cc/天 <input type="checkbox"/>4. 500 至未滿 1,000cc/天 <input type="checkbox"/>5. 未滿 500cc/天</p> <p>4. 其它： _____</p>	
<p>鈎選第 3 項—定期更換胃管，評估營養狀態</p> <p>評值結果：</p> <p>1. 每日進食量：<input type="checkbox"/>1 每日進食記錄正餐次數及點心次數 <input type="checkbox"/>次 <input type="checkbox"/>每日攝取熱量約 <input type="text"/>卡 <input type="checkbox"/>2 管灌 <input type="checkbox"/>次 (請填總 <input type="text"/>cc 數/天) <input type="checkbox"/>3 腸道外營養 <input type="checkbox"/>次 (請填營養品名 <input type="text"/> 總 <input type="text"/>cc 數/天)</p> <p>2. 最近一次血液檢查：<input type="text"/>年<input type="text"/>月<input type="text"/>日 <input type="checkbox"/>四個月內無任何抽血檢查</p> <p>3. 其它： _____</p>	
<p>鈎選第 5 項—定期更換氣切管，評估呼吸道感染狀態</p> <p>評值結果：</p> <p>1. 呼吸音：(1)左肺：上葉<input type="checkbox"/>；下葉<input type="checkbox"/>；(2)右肺：上葉<input type="checkbox"/>；中葉<input type="checkbox"/>；下葉：<input type="checkbox"/> (呼吸音請依下列代碼填寫) 1. 正常 2. 無聲 3. 囉聲 4. 濕囉音 5. 喘鳴 6. 其他</p> <p>2. 排痰型態：<input type="checkbox"/>1 無痰液 <input type="checkbox"/>2 自咳易 <input type="checkbox"/>3 自咳不易但未抽痰 <input type="checkbox"/>4 自咳不易須抽痰，每日十次以下 <input type="checkbox"/>5 自咳不易須抽痰，每日十次以上 <input type="checkbox"/>6 由氣切處每日抽痰十次以下 <input type="checkbox"/>7 由氣切處每日抽痰十次以上</p> <p>3. 痰液性狀：<input type="checkbox"/>1 無痰液(下面免填) <input type="checkbox"/>2 有痰液 狀：<input type="checkbox"/>1 水樣 <input type="checkbox"/>2 濕黏 <input type="checkbox"/>3 乾燥 色：<input type="checkbox"/>1 清澈 <input type="checkbox"/>2 白 <input type="checkbox"/>3 黃 <input type="checkbox"/>4 黃綠 <input type="checkbox"/>5 褐 <input type="checkbox"/>6 紅</p> <p>4. 其它： _____</p>	
<p>補充： _____</p>	

保險醫事服務機構

機構章戳

(或醫師身分證號)

(或醫師簽名): _____