

個案出院 所需資源 說明單

病歷號： 出生日期：

姓名： 男 女

床號：

壹、出院醫療輔具需求及指導

類別	項目	類別	項目
<input type="checkbox"/> 飲食類	<input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 矽質 No:	<input type="checkbox"/> 保健器材類	<input type="checkbox"/> 電子血壓計
	<input type="checkbox"/> 塑膠灌食空針 <input type="checkbox"/> 一吋宜拉膠布		<input type="checkbox"/> 體溫計
	<input type="checkbox"/> 普通棉枝		<input type="checkbox"/> 血糖機
	<input type="checkbox"/> 管灌配方奶		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 導尿管類	<input type="checkbox"/> 留置導尿管 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 矽質	<input type="checkbox"/> 傷口照護類	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 自行導尿管 <input type="checkbox"/> 單次導尿管		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 生理食鹽水 <input type="checkbox"/> 優點藥水		<input type="checkbox"/> 消毒普通棉枝 <input type="checkbox"/> 消毒口腔棉棒
	<input type="checkbox"/> 沖洗棉枝 <input type="checkbox"/> 消毒口腔棉棒		<input type="checkbox"/> 紗布 <input type="checkbox"/> 棉墊
	<input type="checkbox"/> 蓄尿袋		<input type="checkbox"/> 一吋紙膠
<input type="checkbox"/> 呼吸照護類	<input type="checkbox"/> 一吋紙膠	<input type="checkbox"/> 生活輔具類	<input type="checkbox"/> 生理食鹽水
	<input type="checkbox"/> 氣切管		<input type="checkbox"/> 優點藥水
	<input type="checkbox"/> 4X4 Y型紗布 <input type="checkbox"/> 3X3 Y型紗布		<input type="checkbox"/> 其他：
	<input type="checkbox"/> 消毒普通棉枝		<input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器
	<input type="checkbox"/> 優點藥水 <input type="checkbox"/> 生理食鹽水		<input type="checkbox"/> 約束帶或約束保護手套
	<input type="checkbox"/> 氣切固定帶		<input type="checkbox"/> 復健軟握球
	<input type="checkbox"/> 甦醒球		<input type="checkbox"/> 氣墊床 <input type="checkbox"/> 病床
	<input type="checkbox"/> 號抽痰管		<input type="checkbox"/> 其他：
	<input type="checkbox"/> 單支滅菌手套		<input type="checkbox"/> 胸部x-ray光
	<input type="checkbox"/> 抽痰機		<input type="checkbox"/> 糞便檢察 (阿米巴痢疾、桿菌性病 疾及寄生蟲)
<input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 氧氣筒	<input type="checkbox"/> 入住機構檢查	<input type="checkbox"/> 傳染病篩檢 (B型肝炎、梅毒、愛 滋病)	
<input type="checkbox"/> 噴霧器			
<input type="checkbox"/> 血氧監視器			

貳、轉介院內其他資源：(請填寫轉介日期及接案人員)

 社工師 _____ 營養師 _____ 復健師 _____ 其他 _____

參、轉介社區資源：

服務需求	服務項目
一、 <input type="checkbox"/> 北市長照	<input type="checkbox"/> 居家復健： (<input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療)
	<input type="checkbox"/> 喘息服務： (<input type="checkbox"/> 機構式 <input type="checkbox"/> 居家式)
	<input type="checkbox"/> 照顧服務： (<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧)
	<input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 居家營養師 <input type="checkbox"/> 居家醫師 <input type="checkbox"/> 居家呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 居家藥師 <input type="checkbox"/> 外籍看護工申請 <input type="checkbox"/> 交通接送
	<input type="checkbox"/> 失能老人餐飲服務 <input type="checkbox"/> 失能者生活輔具構買租借及住宅無障礙環境改善服務 <input type="checkbox"/> 長期照護機構服務
二、 <input type="checkbox"/> 新北長照	三、 <input type="checkbox"/> 衛生所
	四、 <input type="checkbox"/> 低收入戶補助
	五、 <input type="checkbox"/> 申請身心障礙證明
	六、 <input type="checkbox"/> 申請重大傷病卡

家屬簽名： _____

出院準備護理師簽名： _____

護理師聯絡電話： _____

與個案關係： _____

指導日期： _____