

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： _____