

Patient name : _____ ID No. _____ Age: _____ Birthday: ___/___/___

Past History: _____ TEL: _____

CC: _____ Allergy: No Yes, _____

Day 1		日期	/	/	時間	:	~	:			
GCS: E__V__M__	S/O data:	Physical Examination(PE):									
T: °C		HEENT & Neck:									
P: /min		Chest:									
R: /min		Heart:									
BP: mmHg		Abdomen:									
SpO ₂ : %		Genitourinary:									
		Extremities:									
		Impression:									
醫						囑			Date	管路	Size
<input type="checkbox"/> 於 <u>抗生素使用前</u> ，取得以下檢體： <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> BCS <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> B/C <input type="checkbox"/> Stool/R <input type="checkbox"/> Stool/C <input type="checkbox"/> Wound/C <input type="checkbox"/> Sputum/C <input type="checkbox"/> ABG <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> U/A <input type="checkbox"/> U/C(來源： <input type="checkbox"/> 自解 <input type="checkbox"/> 導尿 ICP/On foley <input type="checkbox"/> 原有 foley)								IV			
<input type="checkbox"/> 協助完成以下檢查： <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> CxR <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> _____								IV			
<input type="checkbox"/> 協助給予以下藥物： <input type="checkbox"/> 大量點滴： <input type="checkbox"/> N/S _____ ml IVD QD for _____ days <input type="checkbox"/> _____ ml IVD QD for _____ days <input type="checkbox"/> 抗生素： <input type="checkbox"/> Sintrix <input type="checkbox"/> Sintum <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ mg IV/IVD, QD for _____ days <input type="checkbox"/> 退燒藥： <input type="checkbox"/> Aspegic _____ mg IV ST <input type="checkbox"/> 其他 _____								NG			
<input type="checkbox"/> 衛教： <input type="checkbox"/> 大量點滴注意事項 <input type="checkbox"/> 體溫量測方法 <input type="checkbox"/> 緊急聯繫管道 <input type="checkbox"/> 藥物作用、副作用 <input type="checkbox"/> 其他 _____								Foley			
<input type="checkbox"/> 其他：_____											
<input type="checkbox"/> 啟動在宅住院											
<input type="checkbox"/> 未啟動，原因：_____											

在宅住院紀錄表 Hospital at Home (HaH) Record

Patient name : _____ ID No. _____ No. _____

日期	Day 2 / /	Day 3 / /	Day 4 / /	Day 5 / /
時間				
GCS	E__V__M__	E__V__M__	E__V__M__	E__V__M__
生命徵象	T: °C	T: °C	T: °C	T: °C
	P: /min	P: /min	P: /min	P: /min
	R: /min	R: /min	R: /min	R: /min
	BP: mmHg	BP: mmHg	BP: mmHg	BP: mmHg
	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %
訪視紀錄	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit
	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit
醫療計畫				
家屬				
訪視人員				

在宅住院紀錄表 Hospital at Home (HaH) Record

Patient name : _____ ID No. _____ No. _____

日期	Day 6 / /	Day 7 / /	Day 8 / /	Day 9 / /
時間				
GCS	E__V__M__	E__V__M__	E__V__M__	E__V__M__
生命徵象	T: °C	T: °C	T: °C	T: °C
	P: /min	P: /min	P: /min	P: /min
	R: /min	R: /min	R: /min	R: /min
	BP: mmHg	BP: mmHg	BP: mmHg	BP: mmHg
	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %
訪視紀錄	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit
	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit
醫療計畫				
家屬				
訪視人員				

在宅住院紀錄表 Hospital at Home (HaH) Record

Patient name : _____ ID No. _____ No. _____

日期	Day 10 / /	Day 11 / /	Day 12 / /	Day 13 / /
時間				
GCS	E__V__M__	E__V__M__	E__V__M__	E__V__M__
生命徵象	T: °C	T: °C	T: °C	T: °C
	P: /min	P: /min	P: /min	P: /min
	R: /min	R: /min	R: /min	R: /min
	BP: mmHg	BP: mmHg	BP: mmHg	BP: mmHg
	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %	SpO ₂ : %
訪視紀錄	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit	<input type="checkbox"/> Home visit
	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit	<input type="checkbox"/> Telephone visit
醫療計畫				
家屬				
訪視人員				

