

職員姓名 (Staff name) : _____

職員編號 (Staff no.) : _____

Profession: Registered Nurse (RN) Enrolled Nurse (EN) Health Care Assistant (HCA) /
 Personal Care Worker (PCW) Healthcare Worker (HW) Care-Related Support Worker (CRSW)

客戶姓名 Client Name	醫院及床號/家居地址 Hospital & Bed No./ Home Address

日期 Date	到達時間 Arrival Time	離開時間 Departure Time	職員簽署 Staff Signature	主管/病人/親屬簽署 Signature: In-charge/ Patient/ Relatives

健康狀況 (Health Condition)						
診斷 Diagnosis						
清醒程度 Conscious level	清醒(Alert) / 對聲音回應(Verbal) / 對痛回應(Pain) / 昏迷(Unconscious)					
病歷 Medical history	藥物/食物敏感(Drug/Food allergy):					
	糖尿病(DM)	<input type="checkbox"/>	高血壓(Hypertension)	<input type="checkbox"/>	心臟病(Heart Disease)	<input type="checkbox"/>
	肺結核(TB)	<input type="checkbox"/>	哮喘(Asthma)	<input type="checkbox"/>	肝炎(Hepatitis)	<input type="checkbox"/>
	中風(Stroke)	<input type="checkbox"/>	精神疾病(Psychiatric illness)	<input type="checkbox"/>		
	其他(Others):					
手術(Operation):						
現時使用之藥物/覆診 Current drugs/Follow-up						
備註(Remark)						

評估 (Assessment):			
活動能力 Physical activity	<input type="checkbox"/> 卧床 Bed-bound	<input type="checkbox"/> 需協助 Assistant	<input type="checkbox"/> 自理 Independent
昏迷指數 GCS	[E: /4]	[V: /5]	[M: /6] [Total: /15]

