

出勤及工作進度記錄 Attendance and Health Report

姓名 Name: _____ 工作證編號 LE No.: _____

- 職位 Title:
- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 物理治療師(PT) | <input type="checkbox"/> 註冊護士(RN) | <input type="checkbox"/> 起居照顧員/護理(PCW/CW) |
| <input type="checkbox"/> 職業治療師(OT) | <input type="checkbox"/> 登記護士(EN) | <input type="checkbox"/> 醫護支援人員/健康服務助理 (CRSW/HCA) |
| <input type="checkbox"/> 言語治療師(ST) | <input type="checkbox"/> 保健員(HW) | <input type="checkbox"/> 陪診員 (ES) |
| <input type="checkbox"/> 註冊營養師(RD) | <input type="checkbox"/> 社工(SW) | |
| <input type="checkbox"/> 營養學家 (N) | | |

客戶名稱 Client Name	工作地址 Service Address

日期 Date (YYYY-MM-DD)	到達時間 Arrival Time	離開時間 Departure Time (HH:MM)	簽署[2] Agent Signature	客戶簽署[3] Client Approval

健康狀況 Health Condition	
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	<input type="checkbox"/> 藥物/食物敏感 Drug/Food allergy:
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 DM <input type="checkbox"/> 心臟病 Heart Disease <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 肺結核 TB <input type="checkbox"/> 肝炎 Hepatitis <input type="checkbox"/> 精神疾病 Psychiatric illness <input type="checkbox"/> 中風 Stroke <input type="checkbox"/> 哮喘 Asthma
	<input type="checkbox"/> 其他 Others:
	<input type="checkbox"/> 手術 Operation:
現時使用之藥物/覆診 Current drugs/Follow-up	
其他 Others:	

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]
其他 Others:			

出勤及工作進度記錄 Attendance and Health Report

生命表徵 Vital Signs							
日期 Date	時間 Time	體溫 Temp	血壓 BP	脈搏 Pulse	呼吸 RR	血氧 SpO2	血糖 H'stix
YYYY-MM-DD	HH:MM	(°C)	(mmHg)	(min)	(min)	(% RA/O2)	(mmol/L)

提供的治療護理 Treatment Provided		
<input type="checkbox"/> 靜脈輸液 IV fluid	<input type="checkbox"/> 靜脈護理 IV care	<input type="checkbox"/> 轉換臥式 Turning
<input type="checkbox"/> 胃導管 NG tube	<input type="checkbox"/> 尿管 Foley	<input type="checkbox"/> 傷口換症 Wound Dressing
<input type="checkbox"/> 口控護理 Oral Care	<input type="checkbox"/> 引流管 Drain	<input type="checkbox"/> 抽痰 Suction
<input type="checkbox"/> 失禁護理 Incontinence Care	<input type="checkbox"/> 派發藥物 Medication	
其他 Others:		

跟進 Follow-up / 備註 Remark	
<input type="checkbox"/> 持續提供治療護理 Continuous Treatment	
<input type="checkbox"/> 諮詢治療師 / 護士 Therapist / Nursing Consultation	

姓名 Agent Name: _____ 簽署 Signature: _____

備註 Remarks:

- 1) 提供服務給私人客戶時必須填寫此記錄，並於填妥所有資料後簽署核實。
This Attendance and Health Report must be completed and signed by all healthcare agents when providing healthcare service.
- 2) 簽署前請確認以上所填寫的資料真確及完整，即在服務期間並沒有發生任何醫療事故，而客戶亦滿意閣下表現。
By submitting this Attendance and Health Report, the healthcare agent certifies that the information contained herein is truthful and complete, that no adverse incidents occurred during the services provided, and that the client(s) appeared satisfied with the healthcare agent's performance.
- 3) 通過簽署此出勤及工作進度記錄，客戶確認該治療/護理人員於服務期間並沒有發生任何醫療事故、失職或不當行為。
By signing this Attendance and Health Report, the client or supervisor represents that, to their knowledge, no adverse incidents, actions or omissions occurred during the services performed by the healthcare agent.
- 4) 請於截數日(每月的 15 號及最後一日)前將已填妥之記錄電郵到 info@life-extension.com.hk，亦可傳真至 3753 5133 或 WhatsApp 到 9501 5807。
This completed report must be sent to info@life-extension.com.hk, faxed to 3753 5133, or WhatsApp to 9501 5807 before the cut-off day (15th and last calendar day) of each month.

如有任何疑問，請致電 2790 7290 與我們聯繫，謝謝！ Please call 2790 7290 if you have any enquiries. Thanks!