附件 5

南通市定点护理院医疗保险住院参保人员治疗阶段评价表

姓名：　　性别：　　年龄：　　病区：

床号：　　住院号：　　入院时间：　　评价时间：

一般情况：**T**: ____℃　　**P** : ____次/分　　**R :** ___次/分　　**BP**: ___/ ___ mmHg 体重：____ Kg　　饮食：_____ ___次/日　　睡眠 _____ 大便性状：_____ ___次/日　　小便性状：_____ ___ 次/日
现阶段病情及治疗护理情况：
辅助检查：
护理依赖等级：_____护理依赖　　**护 理 等 级 ：**_____护理 **是 否 卧 床 ：**_____　　**是否临终关怀：**_____

评估人：_____　　评估小组组长：_____

_____年____月_____日　　_____年____月_____日