

附件 4

南通市定点护理院医疗保险参保人员入院评估表

姓名		性别		出生年月		婚姻		住址	
监护人（亲属）姓名					与患者关系				联系电话
过去史、家族史、手术史、药物过敏史（阳性记录）：									
T: ℃		P: 次/分		R: 次/分		BP / mmHg		体重: kg	
全身营养状况：良好 中等 不良 肥胖 消瘦 恶病质					皮肤黏膜： 正常 黄染 紫绀 水肿 潮红				
口腔： 正常 溃疡 假膜					伸舌： 居中 左偏 右偏				
鼻唇沟： 正常 左变浅 右变浅					牙龈： 正常 红肿 出血 溃疡				
牙齿： 龋齿 缺齿 假牙					食欲： 正常 减退				
咀嚼困难： 有 无			吞咽困难： 有 无		睡眠： 正常 入睡困难 早醒 药物辅助睡眠				
听力： 正常 减退 失聪					褥疮： 无 部位： 大小： × cm 深度 cm				
视力： 正常 下降 失明					肌力：0级 I级 II级 III级 IV级 V级		上	左： 右：	下 左： 右：
意识： 清楚 模糊 嗜睡 烦躁 昏迷					表情： 正常 冷漠 痛苦				
记忆力： 良好 减退					情绪： 低落 正常 亢奋				
表达能力：清晰表达 含糊表达 不能表达					理解能力：完全理解 部分理解 无法理解				

辅助检查：

疾病诊断：

护理依赖等级：_____护理依赖 是否卧床：_____ 是否临终关怀：_____

收治本护理医院后的治疗护理初步方案：_____ 护理等级：_____护理

院领导：_____

评估小组：组长_____

_____年____月____日

_____年____月____日