

國軍退除役官兵輔導委員會花蓮榮譽國民之家新住民入住體格檢查表 115/04/07/修訂第 13 版

請貼相片	檢查日期：_____年_____月_____日					
	姓名：		出生日期：_____年_____月_____日_____歲			
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身份證字號：			
	身高：		體重：		血壓：	
診斷過去病史						
區分	項目	檢驗結果	項目	檢驗結果	項目	檢驗結果
血液檢查	WBC		Hct		HB	
	RBC		Platelet			
生化檢查	Sugar		BUN		HDL-C	
	Cholesterol		HbsAg		LDL-C	
	Triglycerides		GPT		Crea	
尿液檢查	Hemoglobin		Epithelial Cell		PH	
	PROTEIN		Casts		RBC	
	GLUCOSE		PUS Cell		WBC	
胸部 X 光檢查 (3 個月內)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有肺結核， <input type="checkbox"/> 具傳染風險 <input type="checkbox"/> 否，備註： *胸部 X 光檢查如有浸潤情形，應加作 1 個月痰液培養檢查，並於檢驗結果確認正常後，始得辦理入住。					
失智症評估診斷	*疑似失智者請加作本項，並註明輕、中、重度、極重度及 CDR 分數。					
罹患精神病患照顧體系權責劃分	*有精神疾患者，請註明病患性質一至六類，。					
檢查醫師總評簽章：			檢查醫院：			

*可在報到時由榮家評估

日期：

日常生活活動功能量表 (ADL)	進食		0分：需完全協助 5分：需部分協助 10分：可自行完成
	如廁		
	上下樓梯		
	穿脫衣鞋襪		
	大便控制		
	小便控制		
	移動		0分：需完全協助 5分：需部分協助 10分：需協助可走50m以上 15分：可自行完成且不需輔具
	平地上走動		
	個人衛生		
	洗澡		0分：需別人協助 5分：可自行完成
	總分		
	醫師簽章		

備註：

1. 入住前一週需進行糞便檢查(桿菌性痢疾、阿米巴痢疾、寄生蟲檢查)，並於入住時繳交檢查報告。(可在入住後安排檢查)
2. 近期6個月內住院者請附出院病摘、身心障礙手冊影本、重大傷病卡影本請附上以利本家參考。
3. 申請養護者須檢附診斷證明或身心障礙證明文件影本、長照需求等級資料。
4. 患有法定傳染疾病者須附已無傳染之虞診斷證明。
5. 請至公立或區域級以上醫院辦理。
6. 若有任何問題，請聯絡：03-8223111 #504 入住承辦人