世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院

2.1.1
Guidelines on how to identify smoking status, alcohol consumption, nutritional status, psycho-social-economic status are present [Evidence: check availability].
醫院具有如何辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態的臨床指引。(佐證：確認有無是類臨床指引。)

【現況】(醫院是如何辨識每一個病人的吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態，包括：住院病人、門診病人、急診病人，是否有一套系統性的作法)

成果

一、本院訂有臨床指引規範：

1. 本院依世界衛生組織健康促進醫院自我評估標準，醫院將健康促進相關之服務整合並建立臨床指引，各臨床部門應運用此指引於適用之病患。
2. 臨床指引運用方式：

❶ 各臨床科之入院病人，應於入院時由護理人員協助病人填具「健康促進指引記錄單」中之基本資料、家族病史、過去病史及個人生活習慣。

❷ 再由醫師或衛教師依病人之健康狀態選取病人所需之健康促進項目及預期成效。

❸ 相關人員簽名後將副本交予病人或家屬，於住院期間及出院後衛教依建議項目執行病人之健康促進計劃，並適時於病歷上記錄執行成效。

❹ 此評估表應於執行計劃後視需要重新評估並重擬新的健康促進計劃。

二、出、入院護理摘要

病人入院時，經由入院護理評估單收集以下相關資料：

1. 對抽菸病人詢問是否有意願接受戒菸衛教，如有意願，立即予轉介戒菸衛教小組。
2. 對體重超過標準病人詢問是否有意願接受減重衛教，如有意願，立即予轉介營養師。
3. 詢問是否有意願接受四無一高(無蛋、無奶、無油、無精緻糖、高纖維)健康飲食衛教，如有意願，立即予轉介營養師。

三、住院診療計劃

本院訂有各科住院診療計劃書，計劃書內容架構如下：

1. 告知病人需住院治療之疾病診斷
2. 負責照護之主治醫師與住院醫師
3. 處置步驟大綱
   - 可能引起之併發症項目
   - 治療計劃及預期成效
   - 治療計劃風險
   - 相關醫療建議
4. 相關衛教指導

參考附件：211-1~211-3

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

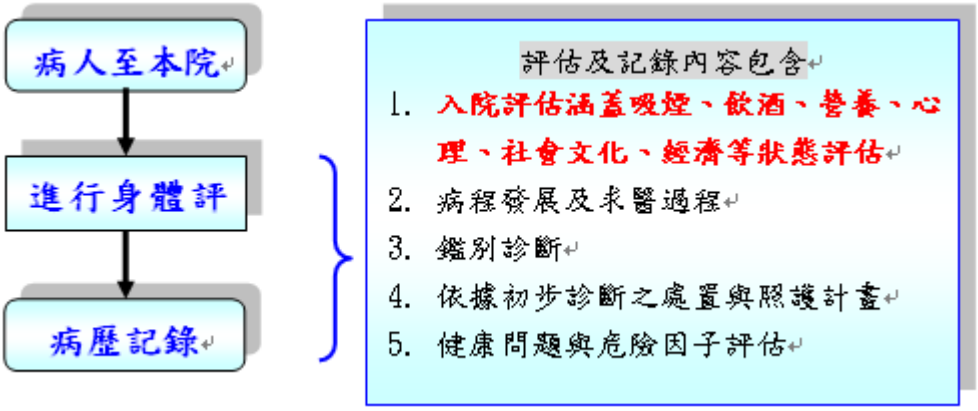
機構名稱：戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

2.1.1
Guidelines on how to identify smoking status, alcohol consumption, nutritional status, psycho-social-economic status are present [Evidence: check availability].
醫院具有如何辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態的臨床指引。(佐證：確認有無是類臨床指引。)

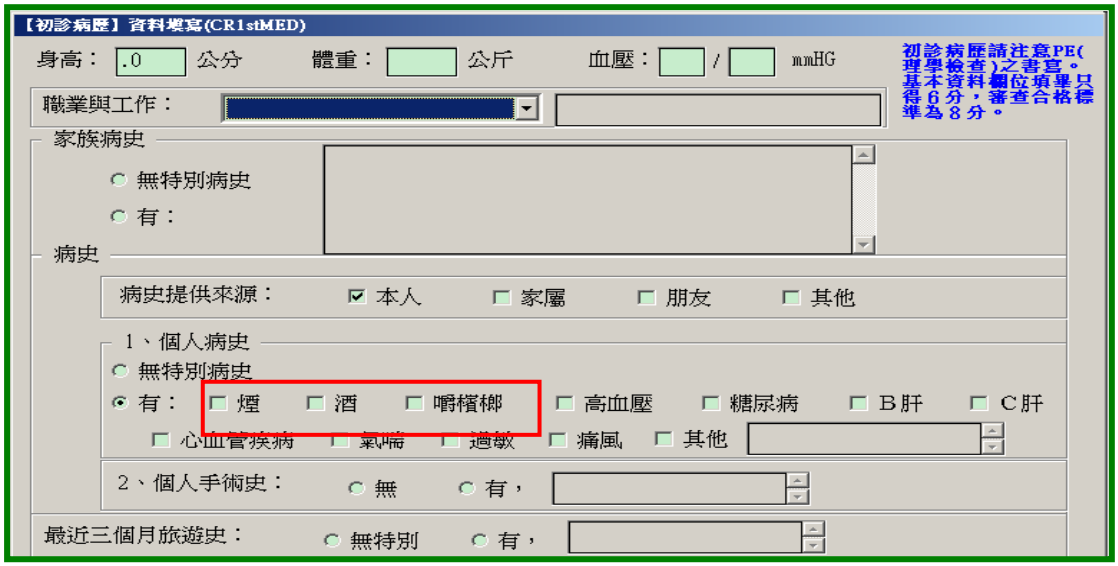
【現況】(醫院是如何辨識每一個病人的吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態，包括：住院病人、門診病人、急診病人，是否有一套系統性的作法)

1.本院病歷全面電子化，初診以及住院病患必須要填寫初診病歷，內涵病人相關飲酒、抽煙等行為之評估，此外，醫師會針對病患之評估情形執行相關評估，若醫師覺得有必要將主動爲其轉介至其他科別就診。

2.住院或門診病人皆能辨識其吸菸、飲酒、營養、心理-社會-經濟狀態，並記錄詳細完善。



3. 醫療評估：初診個案評估內容包括吸菸、喝酒及檳榔等項目。



世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

4.護理評估：入院護理評估表，評估項目包括病人吸菸、飲酒、營養、心理-社會-經濟狀態。

▼文化與經濟評估

▼抽煙、喝酒評估

▼營養評估

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

▼心理-社會評估

情緒狀態：	☑平靜	□焦慮	□憂鬱	□冷漠	□激動	□其他		
疾病接受程度：	◉了解並接受 ○了解但不接受		○知道但不了解病情 ○不知道家屬隱瞞病情		○其他			
平時尋求健康的行為：	☑西醫	□中醫	□民俗療法	□其他				
主要照顧者：	☑無	□配偶	□父	□母	□公公	□婆婆	□兒子	□女兒
	□媳婦	□兄	□弟	□姊	□妹	□祖父	□祖母	□孫子
	□同居人	□朋友	□外傭	□看護	□安養院	□RCW		
	□其他							
主要決策者：	☑本人	□配偶	□父	□母	□公公	□婆婆	□兒子	□女兒
	□媳婦	□兄	□弟	□姊	□妹	□祖父	□祖母	□孫子
	□同居人	□朋友	□其他					
經濟：	○獨立		◉家人協助		○需要社會資源			
宗教信仰：	○無 ○基督教		○天主教 ◉佛教		○道教 ○其他			
參與宗教活動：	○經常參加		◉偶爾參加		○不曾參加			

5.訂定住院病人照護指引。

財團法人嘉義基督教醫院作業標準書

標準類別	☑作業流程 □照護標準 □技術標準	標準名稱	住院病患照護指引	頁碼/頁數：1/4 主辦/存放部門：護理部/專科護理師 制定日期：99/06/12 最近修訂日期： 類別：醫療部作業流程

一、目的：

建立入院病人作業流程讓專科護理師有規範可循，並使新進人員能儘快熟悉臨床病人的流程，縮短接新病人的時間。

二、適用範圍：因疾病因素需要住院之患者適用。

三、說明：

負責人/地點	流程圖	說明
住院醫師/專科護理師/病房	入院時 病人單位	※評估病人意識、生命跡象、填寫入院護理評估單、環境介紹。 ※收集相關疾病資料，整體性身體評估與健康危險因子評估。 ※通知主治醫師並呈報病情。
住院醫師/專科護理師/護理站	詢問病患病史及身體評估	
住院醫師/專科護理師/護理站	書寫入院病摘 1.入院評估涵蓋吸煙、飲酒、營養、心理、社會文化、經濟狀態評估 2.病程發展及求醫過程 3.鑑別診斷 4.依據初步診斷之處置與照護計畫 5.健康問題與危險因子評估 6.相關衛教與轉介	※依據病理管理委員會規範，書寫病歷。(需呈現 thinking process and differential diagnosis)

6.訂定護理評估表書寫標準。

財團法人嘉義基督教醫院作業標準書

標準類別	☑作業流程 □照護標準 □技術標準	標準名稱	成人入院護理評估表書寫標準 (成人、婦科、燒傷)	頁碼/頁數：1/3 主辦/存放部門：護理部/各護理站 制定日期：92/07/02 最近修訂日期：100/05/19 類別：文書標準 006

一、主旨

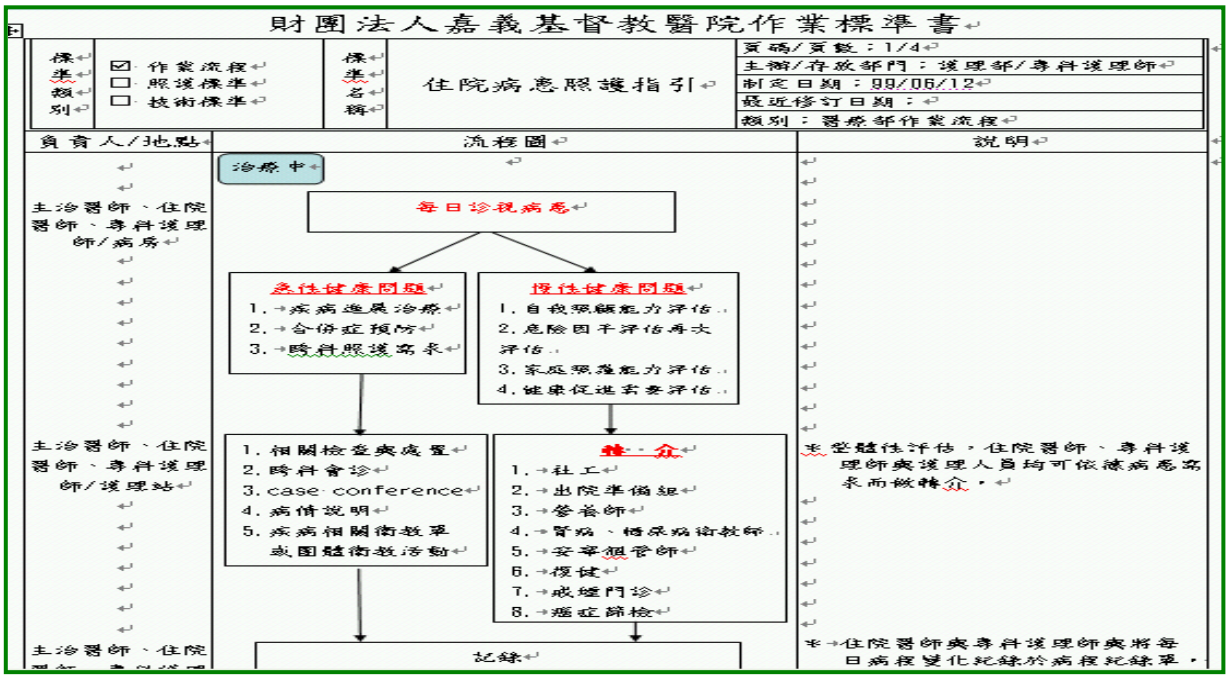
評估護理人員書寫入院護理評估表之完整性。

二、內容說明

項目	原則與要點
1.基本資料	a.右上角基本資料完整。 b.病人基本資料欄逐項填寫完整。 c.繪出病人三代家族圖譜，用斜線註明病人並用紅色虛線圈出同住家人，並註明住院中主要照顧者。
2.個人病史	含住院史、疾病史、過敏史。 ※逐項填寫完整，若無問題請註明清楚。
3.家族史	記錄家族疾病並註明罹病者身分。※逐項填寫完整。
4.日常生活習慣	a.若有抽菸、喝酒、吃檳榔者，請填寫數量。 ※逐項填寫完整。
8.心理、社會、靈性評估	a.逐項勾選病人情緒狀態。 b.逐項勾選病人疾病接受程度。 c.逐項勾選病人平時尋求健康的行為。 d.逐項勾選病人支持系統，包含：主要照護者、決策者、經濟。 e.逐項勾選病人宗教信仰。 f.逐項勾選病人參與宗教活動。

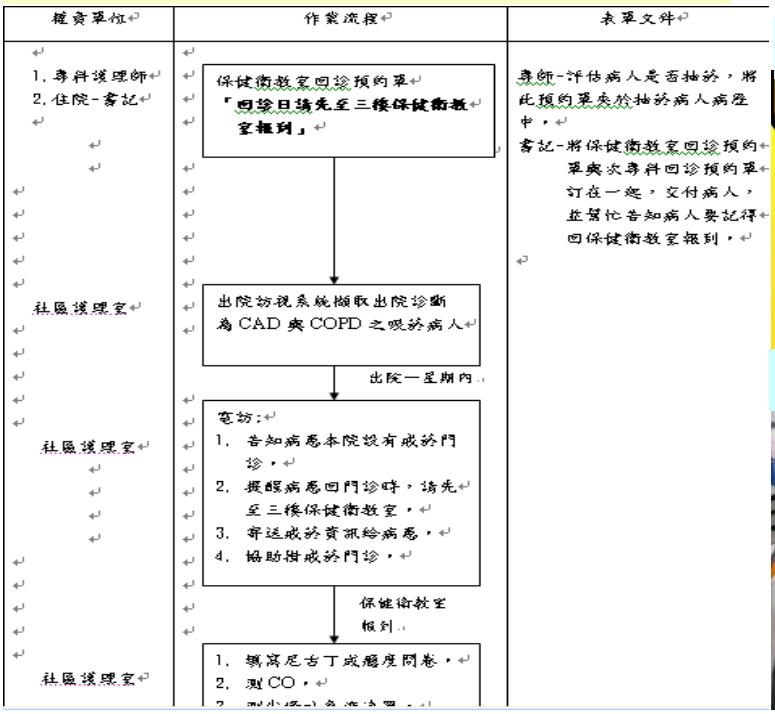
世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

7.病人有營養、心理、社會-經濟等需求，會主動轉介相關部門，轉介流程如下：

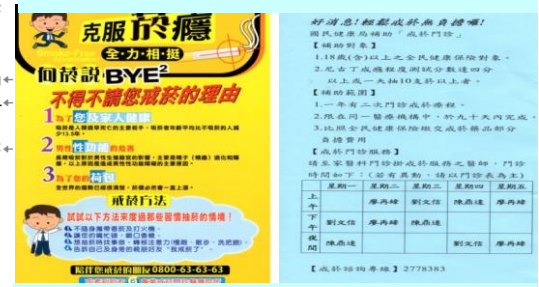


8.以抽菸病人為例，其健康促進流程如下：

▼CAD住院病人戒菸收案流程



戒菸訊息提供



保健衛教室戒菸衛教

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院

2.1.1

Guidelines on how to identify smoking status, alcohol consumption, nutritional status, psycho-social-economic status are present [Evidence: check availability].

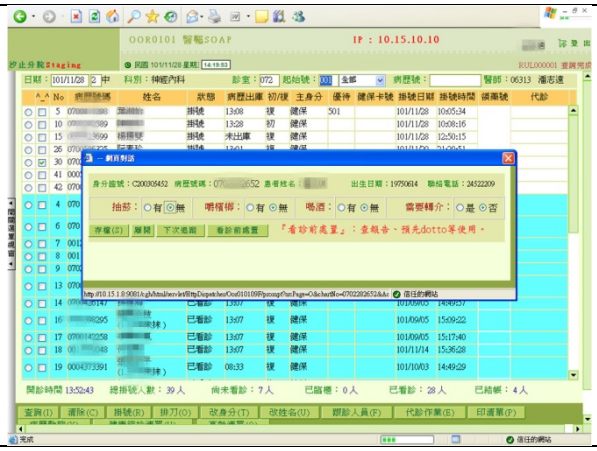
醫院具有如何辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態的臨床指引。(佐證：確認有無是類臨床指引。)

【現況】(醫院是如何辨識每一個病人的吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態，包括：住院病人、門診病人、急診病人，是否有一套系統性的作法)

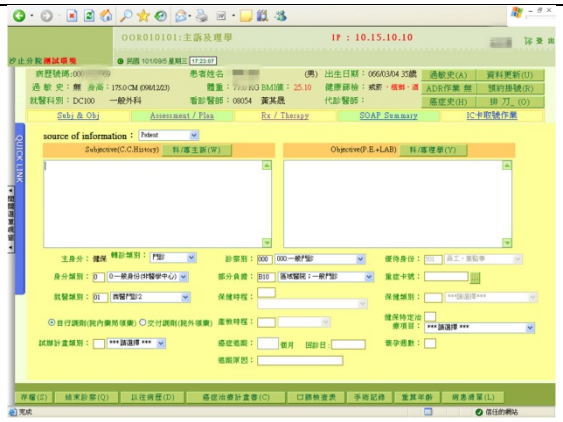
1. 為落實健康促進，本院針對到院就醫病人，提供資訊化系統性評估指引，運用醫療資訊系統及護理資訊系統，供做醫護人員遵循，以辨識病人之吸菸、飲酒、營養與心理及社會經濟狀態，進行系統性評估與介入。
2. 門診病人：

2.1 門診病人至初診登記處測量身高、體重、血壓、脈搏及體溫(BT>38℃ 需詢問旅遊史、動物接觸史、職業史、群聚史)。

2.2 本院『醫療資訊系統』的【門診系統】建置有「吸菸、飲酒、嚼食檳榔評估功能選單」。病人為 18 歲(含)以上的看診者，開始診療前，系統會主動跳出提示窗，提醒看診醫師和門診人員完成有無吸菸、飲酒、嚼食檳榔的評估，並進一步登錄病人的狀況，包括：抽菸量(支/天)，抽菸史(年)，戒菸起始日，並向吸菸者提供菸害衛教單和本院戒菸諮詢服務的訊息，以及是否需要轉介等項目。完成系統登錄後，若病人有吸菸的行為，診療畫面上方的欄位會呈現紅色「菸」的註記字樣。之後每間隔 2 年，病人複診時資訊系統會自動跳出提示畫面，完成吸菸評估後才能開始進行診療(圖一、圖二)。



圖一「吸菸、飲酒、嚼食檳榔評估功能選單



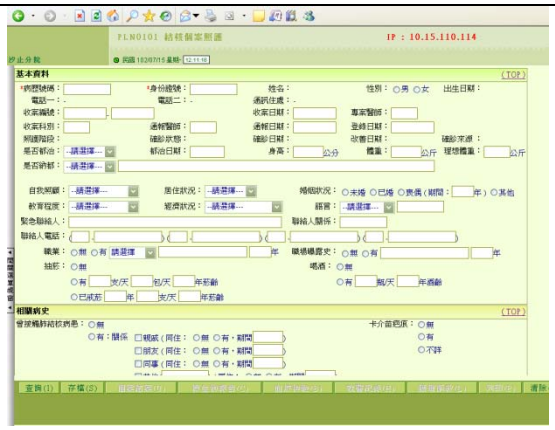
圖二有吸菸行為，診療畫面上方的欄位會呈現紅色「菸」的註記字樣

2.3 針對吸菸病人，本院門診有鑒於醫事人員勸戒率僅 1.84%，故於 2012 年推動「提昇門診醫事人員對吸菸病人之勸戒率」方案，運用修訂單位教育訓練辦法、製作數位化學習(E-learning)教案、訂定吸菸評估與勸戒作業規範及監測辦法、設計吸菸評估貼紙及菸害衛教單、新增資訊系統功能及測試、宣導改善方案、辦理戒菸衛教教育訓練、培訓單位人員參訓戒菸衛教師訓練、新增資訊功能上線等九項措施，強化門診醫事人員面對病人時的勸戒技能，協助吸菸病人戒菸，並達戒菸成功以減少吸菸之危害。統計 2012 年 11 月至 2013 年 6 月勸戒率如下表：

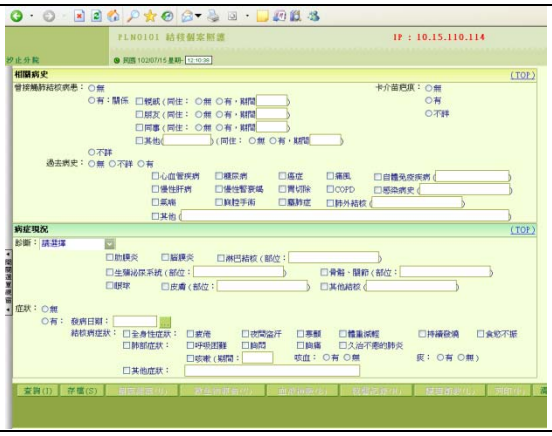
世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

年	2012 年		2013 年				
月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月
勸戒率%	65.7	67.7	67.0	64.2	62.3	67.3	60.4

2.4 本院設有疾病個案管理師共 4 名，負責糖尿病、慢性腎臟病、戒菸、結核病、氣喘等業務，並建置個案管理資訊系統供做個案管理師照護病人時詳盡的評估及紀錄，內容包括吸菸、喝酒狀態、相關病史、病症現況及營養狀態（圖三、圖四）。

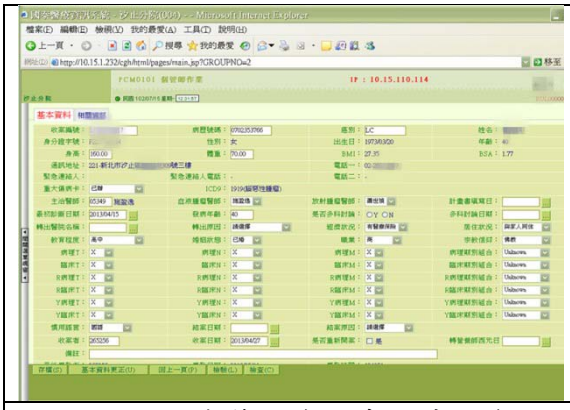


圖三疾病個案管理資訊系統吸菸、喝酒狀態評估內容

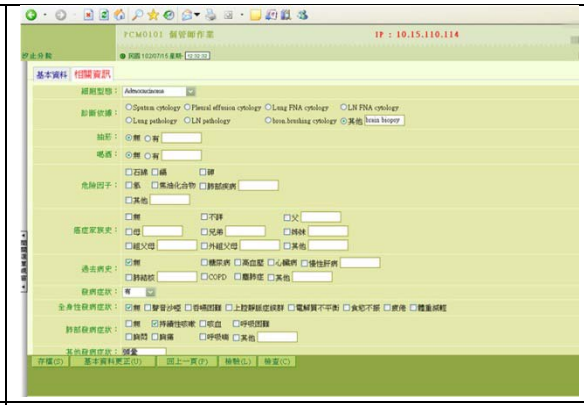


圖四疾病個案管理資訊系統相關病史評估內容

2.5 本院設有 2 名癌症個案管理師，負責 12 癌（口腔癌、鼻咽癌、肺癌、乳癌、食道癌、胃癌、肝癌、腸癌、婦癌、膀胱癌、攝護腺癌、淋巴癌）病人個案管理業務等業務，並建置個案管理資訊系統供做個案管理師照護病人時詳盡的評估及紀錄，內容包括吸菸、喝酒狀態、相關病史、病症現況及營養狀態（圖五、圖六）。



圖五癌症個案管理資訊系統基本資料評估內容

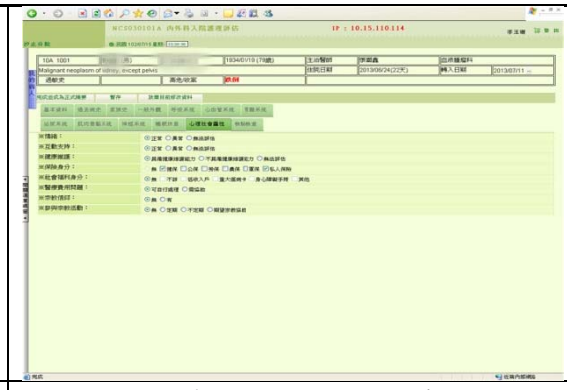


圖六癌症個案管理資訊系統吸菸、喝酒狀態及危險因子評估內容

3. 住院病人

3.1 依據護理科護理行政管理委員會制訂之「S-NDDA-4001-病人出入院及轉床作業規範」及護理品質促進委員會制訂之「S-NDDQ-1002-護理評估書寫規範」，病人入院時，24小時內須完成護理資訊系統之護理評估，項目包含身體評估、心理評估、跌倒危險因子篩選、壓瘡危險評估及疼痛評估等。身體評估內容包括：基本資料、吸菸、喝酒、嚼食檳榔狀態及各系統評估；心理評估包括情緒、互動支持、健康維護能力、保險及社會身分（圖七、圖八）。

圖七 身體評估-菸酒檳榔內容



圖八 心理評估內容

3.2 護理人員依據評估結果確立病人之問題，訂定護理計畫、護理措施及應達成的護理目標（圖九）。

3.3 護理人員依據計劃內容執行每日病人照護，並於護理紀錄中呈現病人問題的護理措施執行狀況、病人反應與評值（圖十）。

圖九 訂定護理計畫

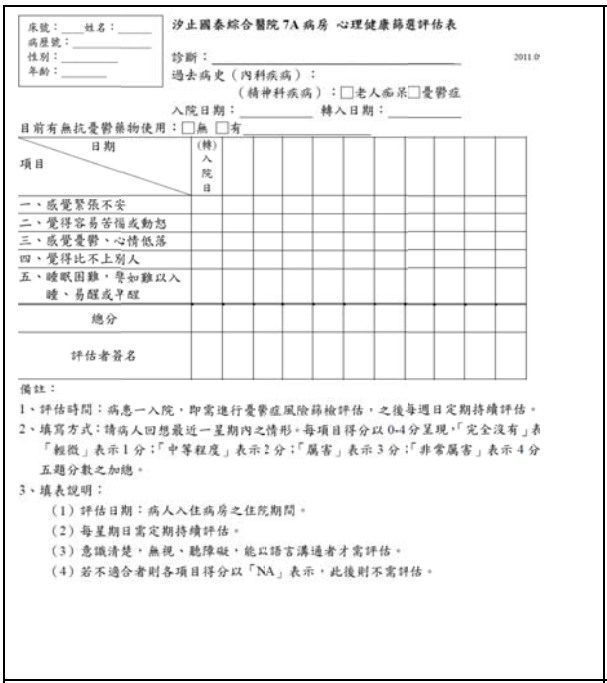
圖十 針對護理計畫內容進行評值

3.4 本院胸腔內科病房因應 100 年曾發生病人在院外自殺之情形，101 年實施「運用跨領域專業合作提升內科住院病人心理健康照護完整率」專案，制訂心理健康評估工具、制訂內科病人心理健康照護處置流程、制訂心理健康衛教單張、制訂心理健康篩選評估監測辦法等，結果為內科住院病人心理健康照護完整率由 0%提升為 100%、護理人員憂鬱症認知得分由 60.5 分提升至 90 分。

3.5 心理健康評估工具（圖十一）乃經文獻查證、單位成員及本院身心科醫師共同討論，依適合在急性病房使用、研究支持及不影響護理人員工作負荷之原則下，選定以「簡式健康量表」作為評估工具。簡式健康量表（brief symptom rating scale, BSRS-5）又名心情溫度計，為心理衛生需求的篩檢工具。此量表由李明濱教授所發展，包括 5 題症狀之題組，以高於或等於 6 分作為常見精神疾患（如失眠症、焦慮症與憂鬱症等）篩檢之切割點，用於不同族群之患者均獲得良好之內在信度，顯見其適用之廣泛性。再測信度指標為 0.82，與 Mini-International Neuropsychological Interview（MINI）Schedule 精神疾患診斷結果做比較，以 6 分做為量表切分點，可得 78.9%之敏感度、74.3%之特異性，同時有 76.3%之正確診斷率。每位新病人皆使用「心理健康篩檢評估表」，排除條件為 GCS 未達滿分者，有視、聽障礙，及無法以語言溝通者，每位新病人除了原有的生理系統評估外，並加上心理層面的評估，住院病人每週日固定再評估一次心理健康。

3.6 心理健康照護處置流程（圖十二），住院病人經心理健康篩檢評估表評估結果，分數≧6 分，表示有輕度情緒困擾則先訂定護理計畫，給予護理措施的介入，給予「樂活之道-正向情緒管

理」衛教單張；分數為 10-14 分則表示中度的情緒困擾，告知醫師並由專科護理師會診社工師，給予心理諮詢，持續提供護理措施；若分數≧15 分以上則表示重度的情緒困擾，告知醫師，會診精神科醫師給予專業醫療的協助，並且持續提供護理措施。自 2012 年 12 月 01 日至 12 月 31 日期間，每位新病人皆利用簡式健康量表進行心理健康評估，符合條件者計有 67 人，分數＜6 分有 62 人（92.50%），分數＞6 分者有 5 人（7.5%），7.5%病人具輕度情緒困擾，護理人員訂定護理計畫、護理措施及衛教完成率 100%。

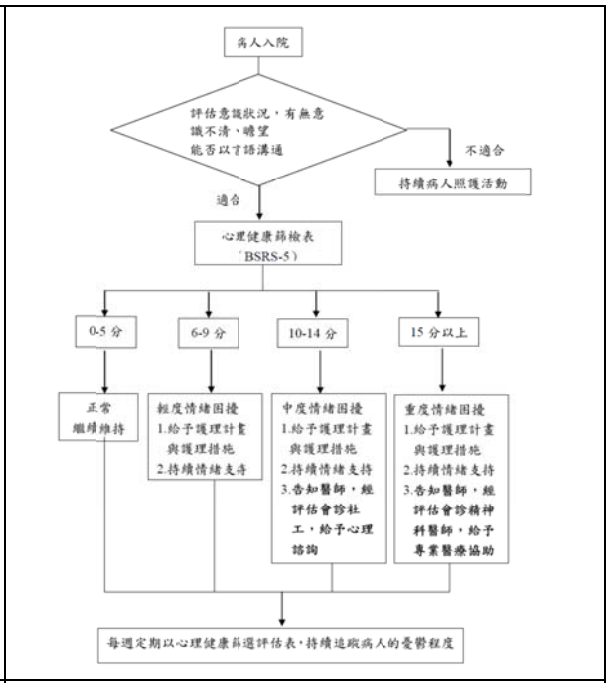

沙止國泰綜合醫院 7A 病房 心理健康篩選評估表

床號：____ 姓名：____
病歷號：____
性別：____
年齡：____

診斷：____ 2011.0
過去病史（內科疾病）：
（精神科疾病）：□老人痴呆□憂鬱症
入院日期：____ 轉入日期：____
目前有無抗憂鬱藥物使用：□無 □有____

日期 / 項目	(轉)入院日									
一、感覺緊張不安										
二、覺得容易苦惱或動怒										
三、感覺憂鬱、心情低落										
四、覺得比不上別人										
五、睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒										
總分										
評估者簽名										

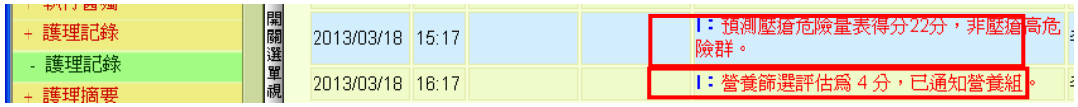
備註：
1、評估時間：病患一入院，即需進行憂鬱症風險篩檢評估，之後每週日定期持續評估。
2、填寫方式：請病人回想最近一星期內之情形。每項目得分以 0-4 分呈現，「完全沒有」表「輕微」表示 1 分；「中等程度」表示 2 分；「厲害」表示 3 分；「非常厲害」表示 4 分五題分數之加總。
3、填表說明：
（1）評估日期：病人入住病房之住院期間。
（2）每星期日需定期持續評估。
（3）意識清楚、無視、聽障礙，能以語言溝通者才需評估。
（4）若不適合者則各項目得分以「NA」表示，此後則不需評估。



圖十一 心理健康評估工具　　圖十二 心理健康照護處置流程

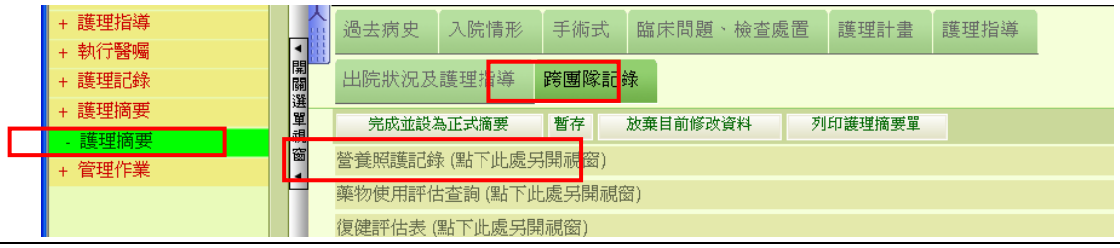
3.7 病人入院時，24 小時內須完成護理資訊系統之護理評估，由評估資料之身高、體重、壓瘡評估系統自動帶入營養篩選。

3.7.1 若≧2 分，系統將自動帶入護理記錄，如下：



3.7.2 營養師接獲系統通知後進行訪視及營養高危險評估，以確定是否營養師收案，並於 24 小時內完成記錄，系統將自動將此帶入護理記錄。

3.7.3 營養師收案的病人，將定期追蹤，且在每次訪視後完成 HIS『營養照護記錄』，系統將營養照護記錄呈現於 HIS 之 CPOE 及 NIS 護理摘要/跨團隊記錄中，營養師會於訪視時向 NP 及主責護理師交班，NP 可以看 CPOE 中營養記錄，並將之寫入 progression note；營養師會以溝通條與主責護理師交班，主責護理師則依溝通條的內容評估病人對於營養建議的營養情形，敘述於護理紀錄中；並於三班交接班時看護理摘要的跨團隊記錄交病人的營養問題。



世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

Dit050205 歷次記錄 -- 網頁對話

102/03/05	身高：152.00 cm，體重：45.10 kg ，BMI：19.50 營養評估： 病人主觀整體評估(PG-SGA)總分：6 A1.1 Acute 最近2個星期體重變化：降低 A3.腸胃症狀(近2星期內影響攝食的因素)：易飽脹、 飲食型態：由口進食，流質飲食;住院伙食，自備 平日飲食內容摘要： 早餐：主食0.5份、奶類0.5份、 午餐：主食0.5份、油脂0.5份、 晚餐：主食0.5份、奶類0.5份、 飲食習慣說明：患者飲食目前由家屬自備，但患者本身因容易飽脹，都只吃一點點流質食物。早餐:五穀粉1T+牛奶1T、午餐:蘿蔔糕1/4塊、晚餐:五穀粉1T+牛奶1T 攝取量評估：熱量：245卡，蛋白質：11克，18%，油脂：7克，24%，醣類：35克，56% 進食量達需求量：<25% 檢驗資料：2013/03/03 (血液) Hb=11.7g/dL(L) Ht=33.2%(L) RBC=3.77*10^6/uL(L) 2013/03/01 (血液) Hb=11.5g/dL(L) Ht=32.6%(L) RBC=3.72*10^6/uL(L) WBC=5.57*10^3/uL Neut. Seg=30.0%(L) 2013/03/01 (血漿) Na=129mmol/L(L) K=4.2mmol/L BUN=8mg/dl GOT=68IU/L(H) GPT=33IU/L 營養診斷： 1. P：熱量攝取不足，E：無法獲的足夠的食物或熱量，S：平均每天攝取的總熱量低於建議量75% 2. P：食物與營養的知識缺乏，E：不良的營養信念與行爲，S：說不出正確或不完整的資訊 營養介入： 營養需求：熱量1400大卡/天，蛋白質55公克/天 認知部分：加強認知、校正錯誤觀念、強化遵從度、 癌症飲食原則：均衡飲食，調整飲食份量、營養品補充建議、增加熱量攝取技巧、 營養監測： 1. 熱量，熱量攝取達1400kcal/d(建議將一般奶粉改爲均衡營養品，提高營養的攝取) 2. 蛋白質，蛋白質攝取達55g/d

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：高雄榮民總醫院

2.1.1
Guidelines on how to identify smoking status, alcohol consumption, nutritional status, psycho-social-economic status are present [Evidence: check availability].
醫院具有如何辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態的臨床指引。(佐證：確認有無是類臨床指引。)

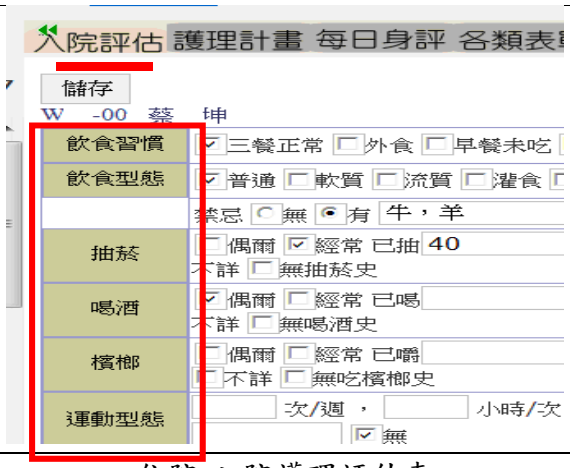
【現況】(醫院是如何辨識每一個病人的吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態，包括：住院病人、門診病人、急診病人，是否有一套系統性的作法)

1. 門診有初診病人評估表，住院病人部分有護理記錄書寫規範，指引護理人員填寫入院護理評估表，針對病人飲食習慣、飲食禁忌、抽菸、喝酒、吃檳榔、運動型態、健康檢查、身高、體重、情緒、自我照顧功能、家庭經濟、需要社工介入等進行評估。藉由評估資料，可依病人實際需求，轉介社工服務、戒菸門診或是營養諮詢門診。
2. 完整周詳之入院護理評估表及每日評估表包括生理及情緒問題。首創「第六生命徵象情緒困擾評估與照護」，監測病人情緒，預防病人情緒低落：善用護理資訊入院護理評估及每日身體評估，主動關心病人的情緒困擾，透過情緒溫度計了解病人情緒困擾，貼近病人心，適時介入心理諮商，確實為病人分憂解愁。
3. 高齡醫學中心老人科有門診及住院周全性評估量表，評估其相關問題。
4. 門診及住院設有癌症篩檢掛號提示系統及門診提示系統，於病人掛號時即顯示提示癌症篩檢及吸菸(被動吸菸)狀態之資訊，且病人於診察時，亦有提示系統顯示提示病人癌症篩檢資訊，由醫師詢問及衛教病人參與癌症篩檢，引導病人落實健康促進行為。

【結論】醫院於門診及住院有評估病人狀態的評估資料表，於住院病人提供有全國首創之第六生命徵象評估，高齡醫學中心提供有周全性評估量表，並於門診及住院皆設有癌症篩檢提示服務，住院病人服務部分訂有護理記錄書寫規範指導護理人員填寫護理評估資料，包括病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理、經濟狀態等評

【具體說明】

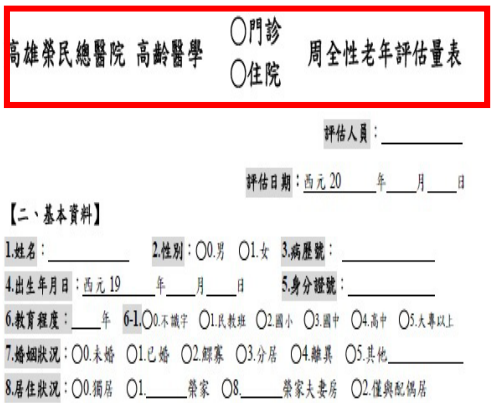
門診初診評估表



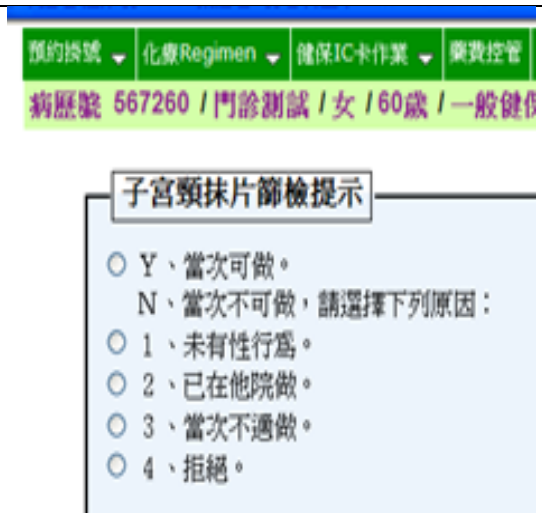
住院-入院護理評估表

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

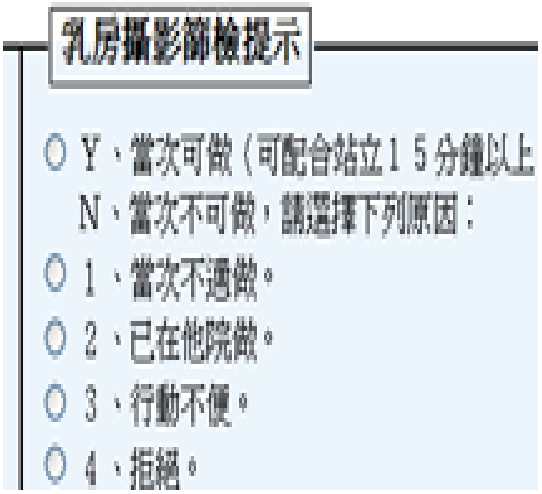
第六生命徵象評估（情緒困擾）



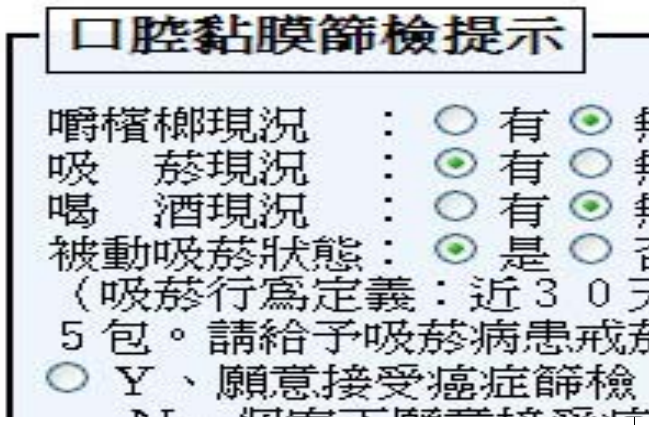
門診及住院周全性評估量表



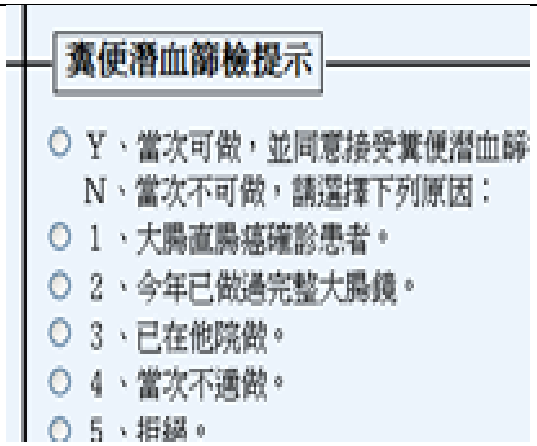
子宮頸抹片篩檢提示系統



乳房攝影篩檢提示系統



口腔黏膜篩檢提示系統



糞便潛血篩檢提示系統

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院

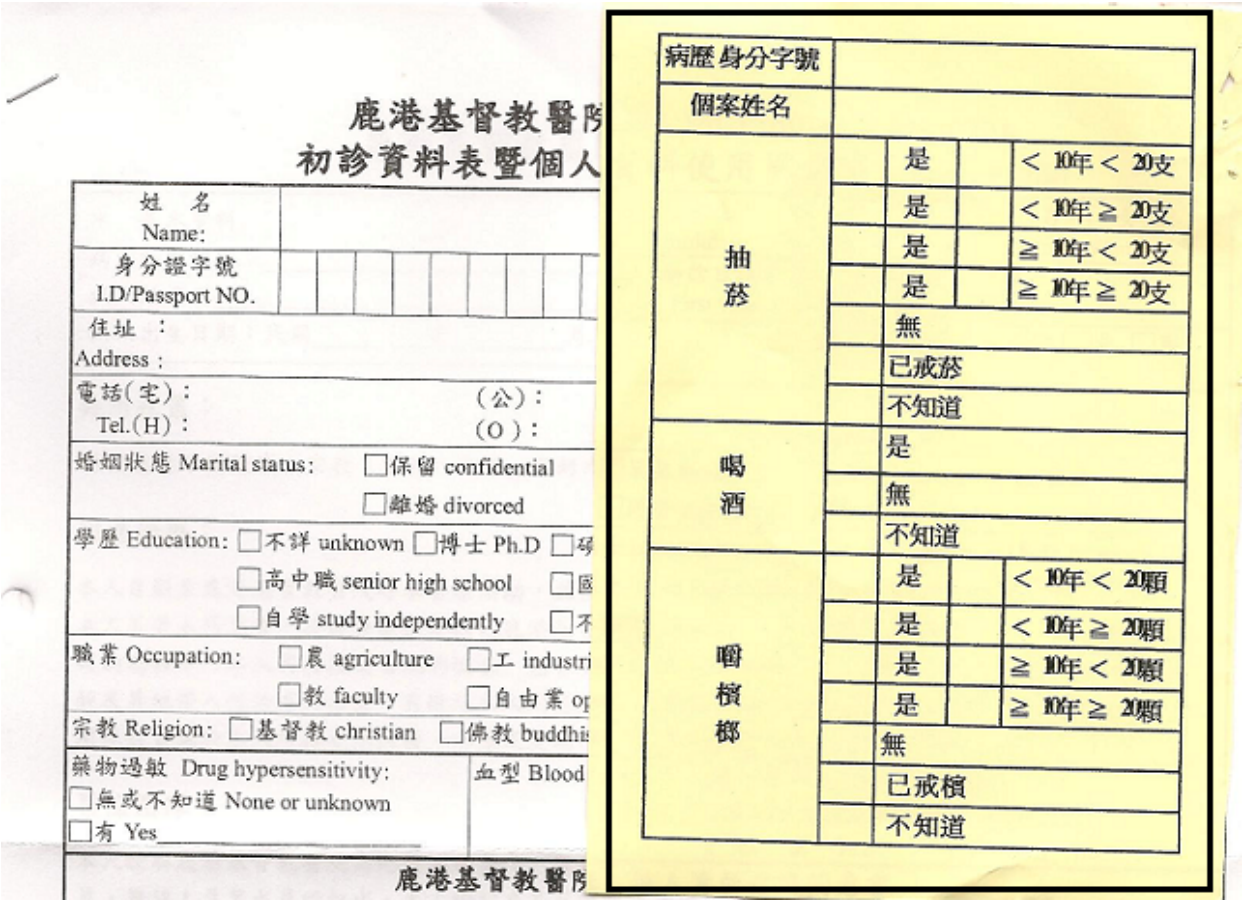
2.1.1

Guidelines on how to identify smoking status, alcohol consumption, nutritional status, psycho-social-economic status are present [Evidence: check availability].

醫院具有如何辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態的臨床指引。(佐證：確認有無是類臨床指引。)

【現況】(醫院是如何辨識每一個病人的吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理-社會-經濟狀態，包括：住院病人、門診病人、急診病人，是否有一套系統性的作法)

一、初診：病人填寫初診資料，包含吸菸狀態、飲酒狀態、嚼食檳榔，並輸入電腦，醫師看診時即可得知其健康史。



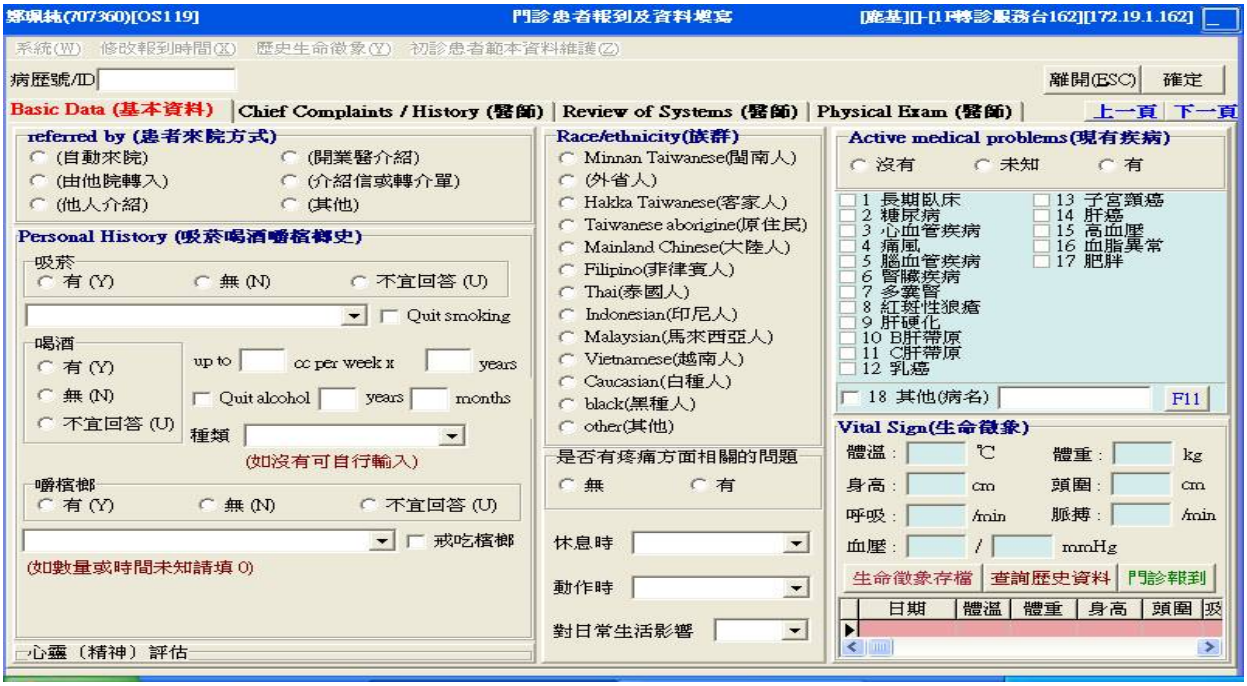
鹿港基督教醫院
初診資料表暨個人

姓 名 Name:	
身分證字號 I.D/Passport NO.	
住址： Address：	
電話(宅)： Tel.(H)：	(公)： (O)：
婚姻狀態 Marital status:	☐保留 confidential ☐離婚 divorced
學歷 Education:	☐不詳 unknown ☐博士 Ph.D ☐碩 ☐高中職 senior high school ☐區 ☐自學 study independently ☐不
職業 Occupation:	☐農 agriculture ☐工 industri ☐教 faculty ☐自由業 op
宗教 Religion:	☐基督教 christian ☐佛教 buddhis
藥物過敏 Drug hypersensitivity: ☐無或不知道 None or unknown ☐有 Yes_____	血型 Blood

鹿港基督教醫院

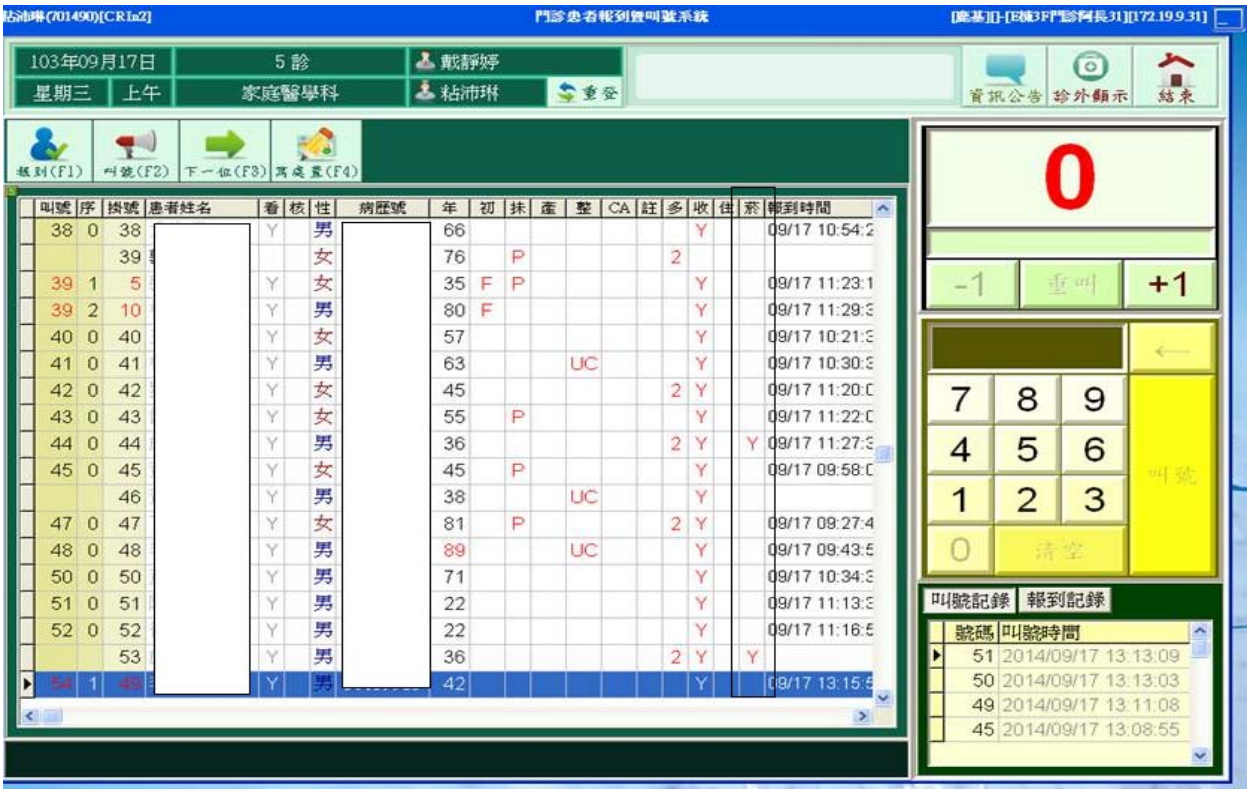
病歷身分字號				
個案姓名				
抽菸		是		< 10年 < 20支
		是		< 10年 ≧ 20支
		是		≧ 10年 < 20支
		是		≧ 10年 ≧ 20支
		無		
		已戒菸		
		不知道		
喝酒		是		
		無		
		不知道		
嚼檳榔		是		< 10年 < 20顆
		是		< 10年 ≧ 20顆
		是		≧ 10年 < 20顆
		是		≧ 10年 ≧ 20顆
		無		
		已戒檳		
		不知道		

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

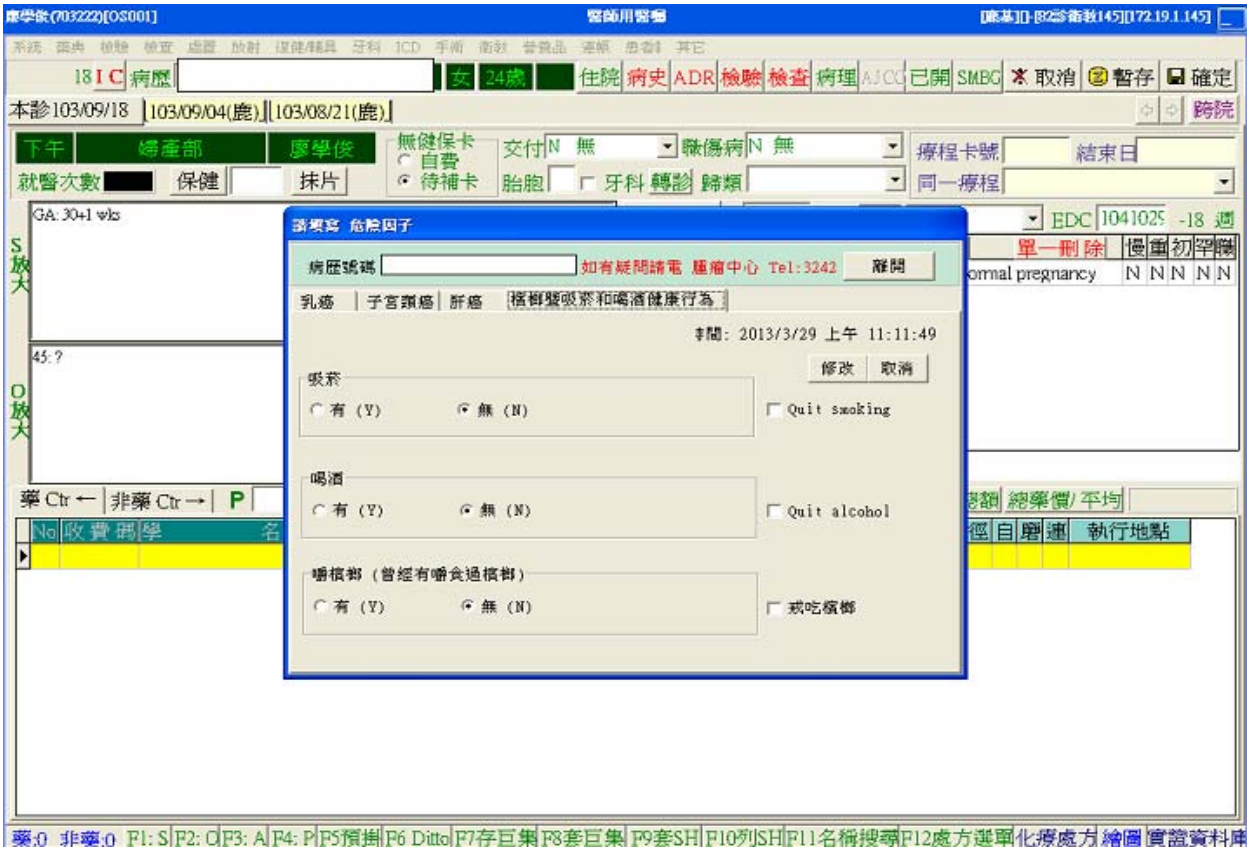


二、門診：

1. 門診病人插卡報到後，『門診病人高危險因子評估』資訊管理系統。系統畫面將自動提示，針對吸菸狀態、飲酒狀態、嚼食檳榔者轉介衛教護理師。

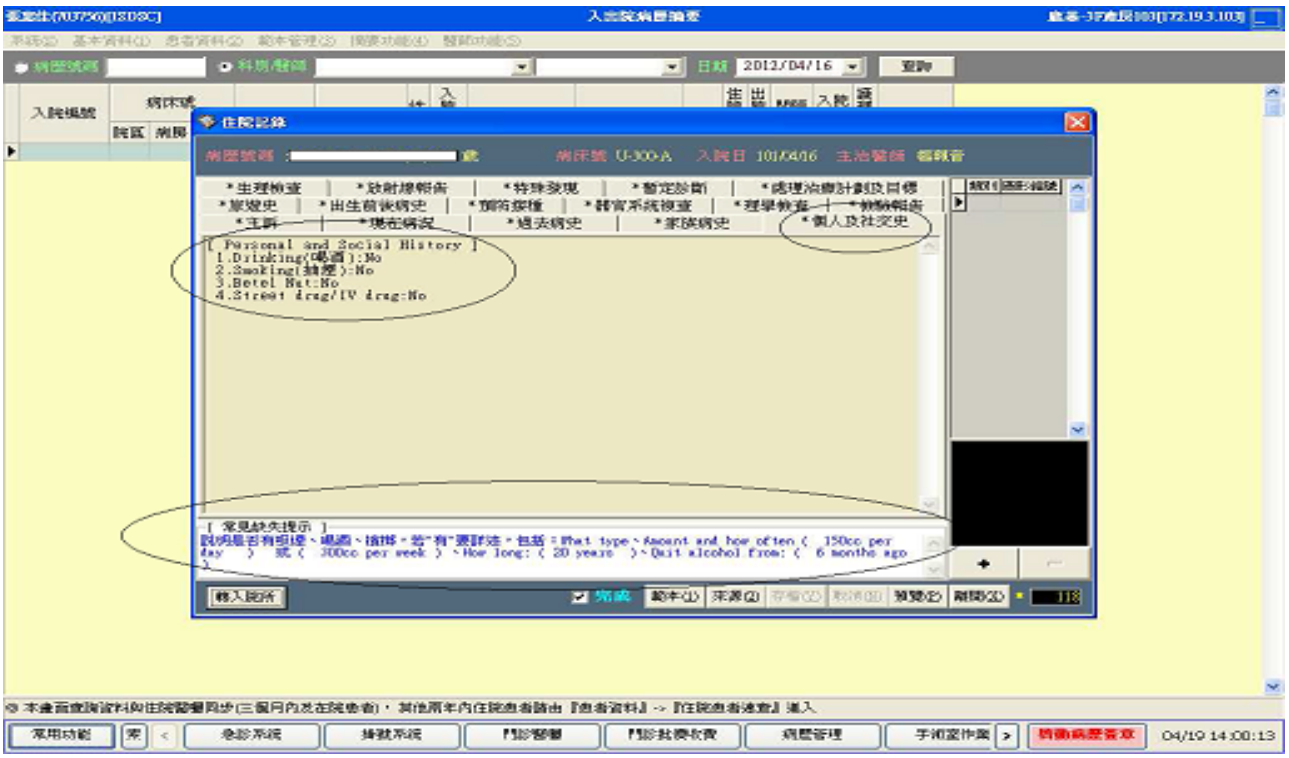


世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

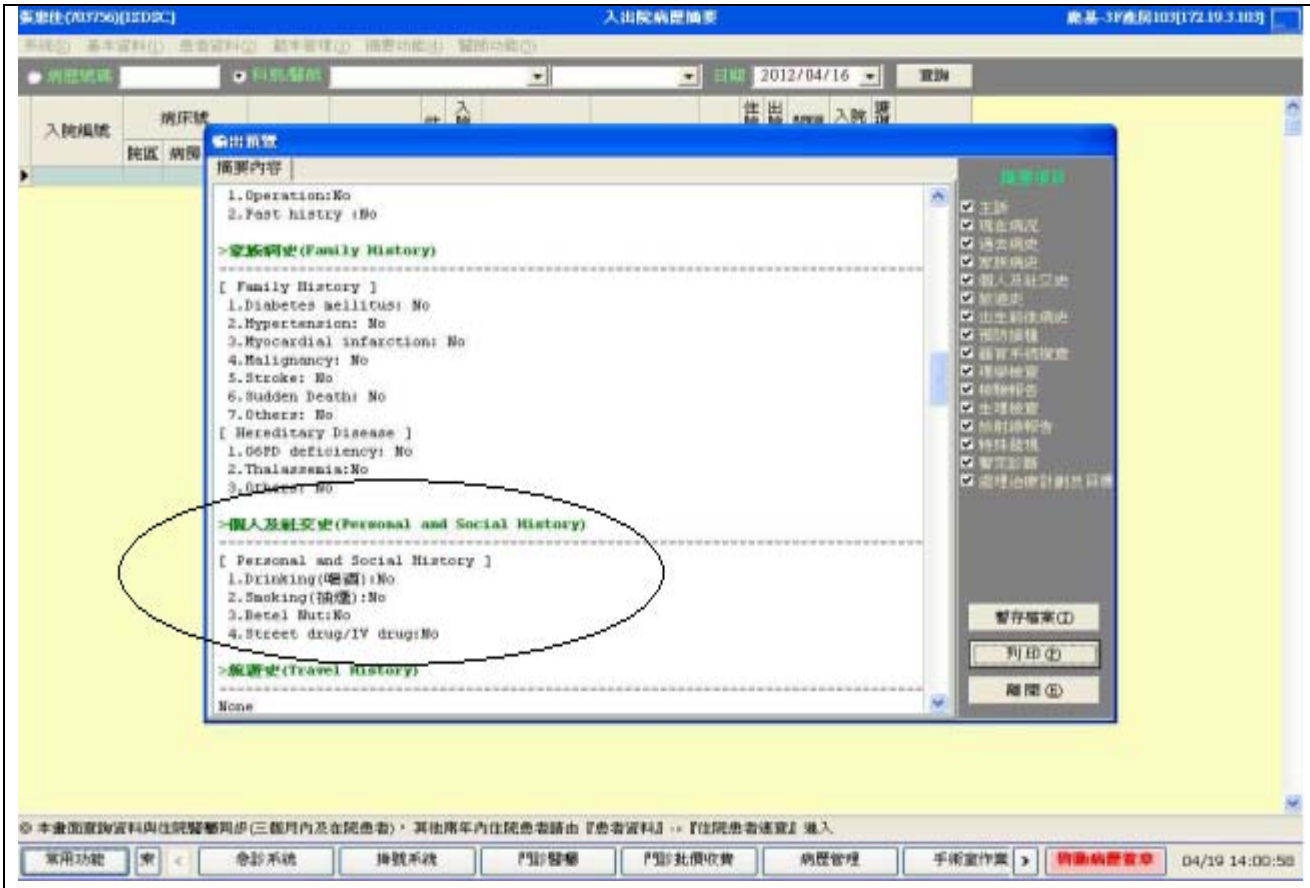


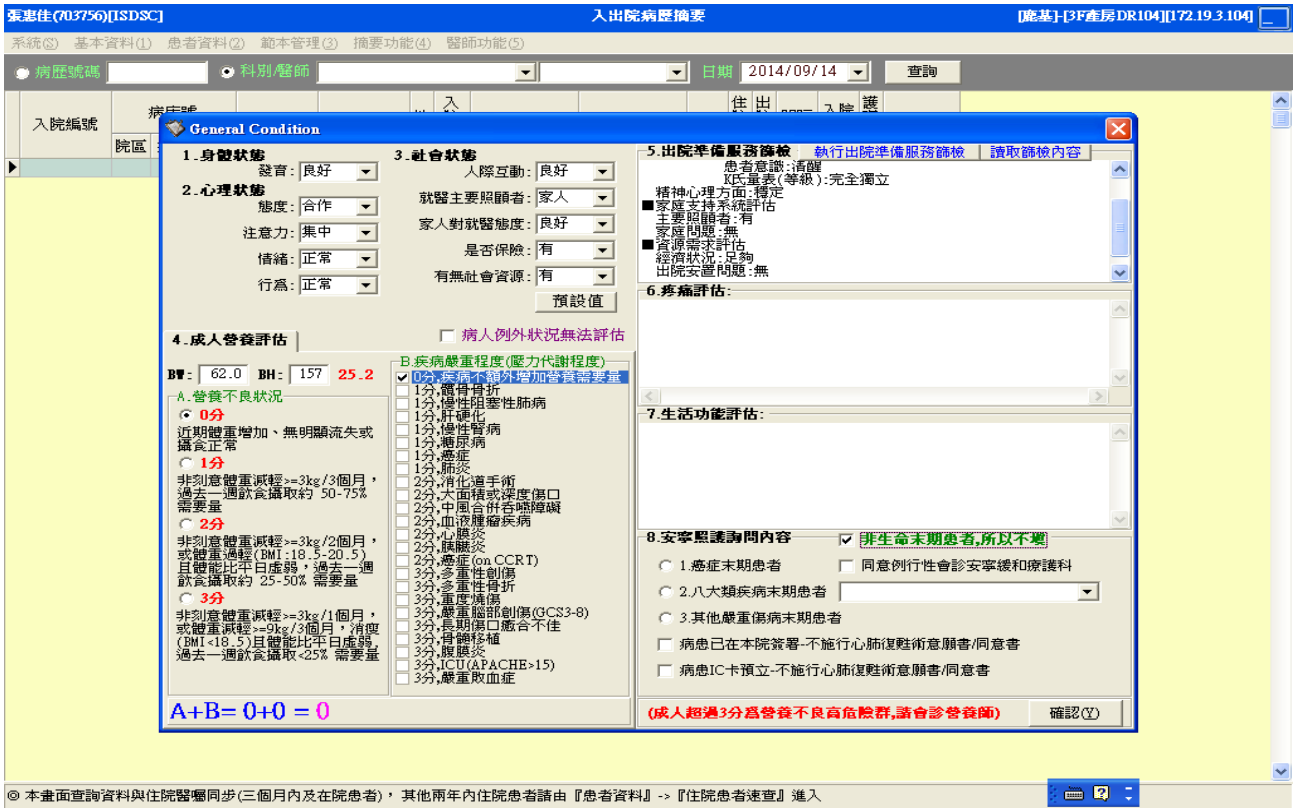
三、病人入院時，醫護人員會詢問過去病史及生活型態，內容包括病人吸菸狀態、飲酒狀態、嚼食檳榔狀態；營養狀態；心理-社會-經濟狀態，適時作轉介。

1.醫師:入出病歷摘要呈現



世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例





2.護理人員資訊管理流程:入院護理評估，可評估病人健康史、營養篩檢、心理/社會層面、疼痛評估、皮膚評估、功能評估。

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

入院護理評估

病歷號碼 [redacted] 生日 [redacted] 女 入院時間 2015/07/13 08:47:33

入院診斷 654.20 以前剖腹生產，NOS 床號 U306-B 個案管理

(成人)基本 | 健康史 | 健康史(2) | 健康史(3) | 心理社會 | 疼痛評估 | 疼痛評估(2) | 皮膚評估 | 功能評估 | 功能評估(2) | 營養篩檢 | 其他

家族病史

☐ 無 ☐ 惡性腫瘤 ☑ 高血壓 ☑ 糖尿病 ☐ 心臟病 ☐ 關節炎 ☐ 血液疾病 ☐ 癲癇 ☐ 肝病

☐ 腎病 ☐ 精神病 ☐ 氣喘 ☐ 肺病 ☐ 其他

過去病史

☑ 無 ☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 心臟病 ☐ 關節炎 ☐ 血液疾病 ☐ 癲癇 ☐ 肝病 ☐ 腎病

☐ 精神病（☐ 憂鬱症 / ☐ 自傷 / ☐ 自殺病史） ☐ 氣喘 ☐ 肺病 ☐ 惡性腫瘤 ☐ 其他

抽煙

◉ 無 ○ 有, ____ 包/天, 已抽 ____ 年

喝酒

◉ 無 ○ 偶喝 ○ 每天喝, 量 ____ 瓶

檳榔

◉ 無 ○ 有, 量 ____ 顆/天

手術

○ 無 ◉ 有

手術名稱:子宮腔鏡,民國:98年
手術名稱:c/s,民國:102年
手術名稱:右乳房纖維瘤,民國:99年

服藥史

☑ 無 ☐ 安眠藥 ☐ 安非他命 ☐ 海洛因 ☐ 其他

最近服藥情形

◉ 無 ○ 有, 種類 ☐ 降血壓藥 ☐ 糖尿病藥 ☐ 心血管疾病用藥 ☐ 氣喘用藥 ☐ 癲癇藥物 ☐ 抗凝劑

☐ 其他

處理方式: ☐ 家屬帶回 ☐ 交給醫護人員 ☐ 放在家裡

入院護理評估

病歷號碼 [redacted] 生日 [redacted] 女 入院時間 2015/07/13 08:47:33

入院診斷 654.20 以前剖腹生產，NOS 床號 U306-B 個案管理

(成人)基本 | 健康史 | 健康史(2) | 健康史(3) | 心理社會 | 疼痛評估 | 疼痛評估(2) | 皮膚評估 | 功能評估 | 功能評估(2) | 營養篩檢 | 其他

身高(cm): 168 體重(Kg): 62 BMI: 21.97

營養不良狀態(以A為主評估項)

◉ (0分) A.近期體重增加、無明顯流失或攝食正常

○ (1分) A.三個月內非刻意體重減輕≧3公斤(稍微消瘦) 或
C.過去一週飲食攝取約50-75%正常量

○ (2分) A.二個月內 非刻意體重減輕≧3公斤或
B.體重過輕(BMI:18.5-20.5)且體能比平日虛弱或
C.過去一週飲食攝取約25-50%正常量

○ (3分) A.一個月內 非刻意體重減輕≧3公斤或三個月內體重減輕≧9公斤(近期非常明顯消瘦)或
B.消瘦(BMI<18.5)且體能比平日虛弱或
C.過去一週飲食攝取約<25%正常量

疾病嚴重程度(壓力代謝程度) <98.7.1起改由醫師評估>

○ (0分) 疾病狀態不額外增加營養需要量

○ (1分) ☐ 髖骨骨折 ☐ 慢性阻塞性肺病 ☐ 肝硬化 ☐ 慢性腎病
☐ 糖尿病 ☐ 癌症 ☐ 肺炎

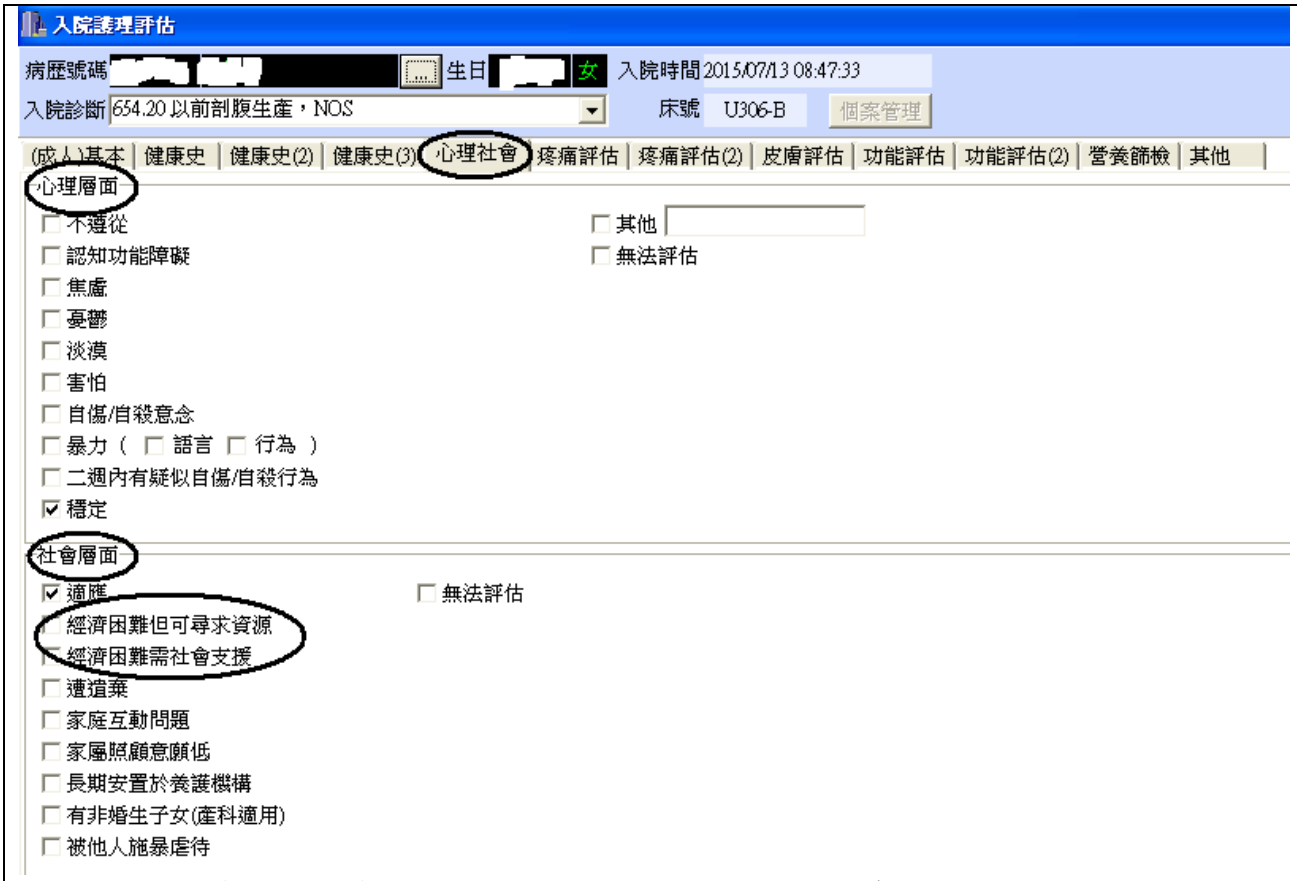
○ (2分) ☐ 消化道手術 ☐ 大面積或深度傷口 ☐ 中風合併吞嚥障礙
☐ 血液腫瘤疾病 ☐ 心膜炎 ☐ 胰臟炎 ☐ 癌症(on CCRT)

○ (3分) ☐ 多重性創傷 ☐ 多重性骨折 ☐ 重度燒傷
☐ 嚴重腦部創傷（GCS3~8） ☐ 長期傷口癒合不佳
☐ 骨髓移植 ☐ 腹膜炎 ☐ ICU（APACHE>15） ☐ 嚴重敗血症

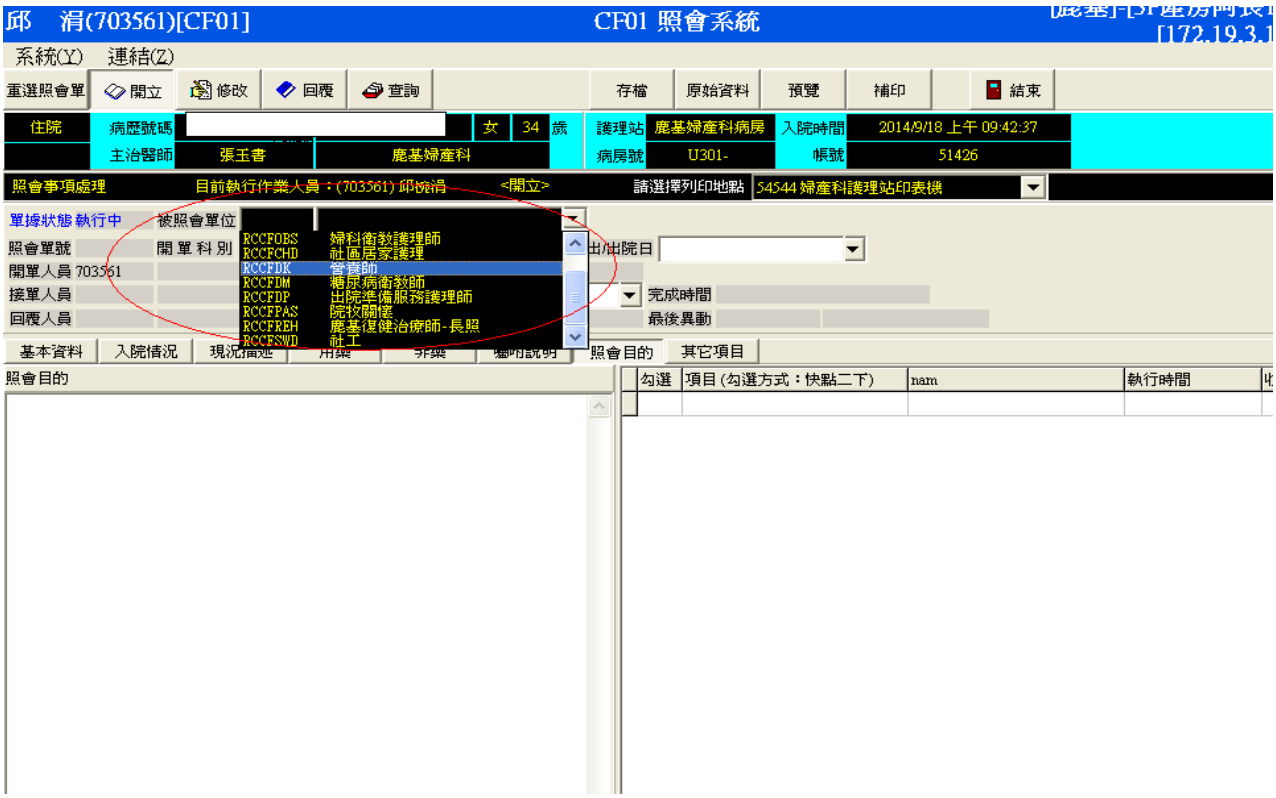
☐ 年齡>=70歲 (1分)

得分總分: 0

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例



四、資訊管理系統:照會系統包括衛教師、社區居家護理、營養師、院牧關懷、社工』，依病人身心靈及衛教需求，提供全方位之健康促進需求照護，如:1.戒菸衛教師：戒菸衛教及協助戒菸。2.專職口腔衛教師：給予嚼食檳榔者口腔檢查及戒檳衛教。3.婦產科衛教師：給予吸菸孕婦戒菸諮詢並協助轉介戒菸服務中心。4.關懷師、社工：提供經濟、情緒適應、照顧、家庭等問題協助。



做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：壢新醫院

2.1.2

Guidelines/procedures have been revised within the last year [Evidence: check date, person responsible for revising guidelines].

臨床指引或步驟在過去一年中有進行修訂或檢討。(佐證：檢查修訂日期及負責修訂人員。)

【現況】(過去一年中有修訂或檢討過哪些臨床指引或步驟，是否有定期檢討修正的機制)

1.本院透過病歷管理委員會，通過並依據「病歷暨醫療品質紀錄抽查辦法」(ISO文件17P020)、「病歷審查作業程序書」(ISO文件62P002)和「住院病歷稽核作業指導書」(ISO文件17W037)，針對住院病歷執行品質審查及監測，以確保住院病歷內容紀錄完整且詳實，將器官系統全身性回顧(systemic review)之精神系統部份之評估記錄，與手繪家系圖之記載納入行政稽察、獎懲與審查要點。

2.醫院訂有護理計畫書寫作業指導書(50W231) 明訂護理計畫書寫規範中，護理人員需依每位病人個別實際需求，協助病人及家屬了解病人問題及護理計畫內容。

(1)規範每天均需對病人接受治療或給予護理措施、衛教的結果進行評值，每週二、五有護理計畫之總評值。

(2)護理部針對護理過程之執行進行評核，同時做了一些改善措施，新增各項評估表，並且單位由護理長每週進行2例護理記錄查核與指導，於晨會進行個案簡介，訓練護理人員的評估、計畫、措施與評值之能力，成效卓著。

(3)各種評估表皆有定期檢討及適時修訂如：意識評估表於 85.07.24 制定於 87.01.24 及 87.09.30、91.04.30 及 96.01.31 修訂

3.臨床指引討論會，由院長室黃忠智副院長主持進行修定與檢討，最近一次97.5.7日召開會議日期。

(圖)巴氏量表

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

(圖)護理計畫

壢新醫院-護理問題一覽表

姓名	葉錢菊蘭	病歷號	J200906740390414	床號	S702B
問題編號	護 理 問 題		開始日期		結束日期
0001	頭暈		2008/06/21		
0002	血糖高		2008/06/21		
0003	高危險性傷害/跌倒		2008/06/21		

(圖)出院照護計畫

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

2.1.2

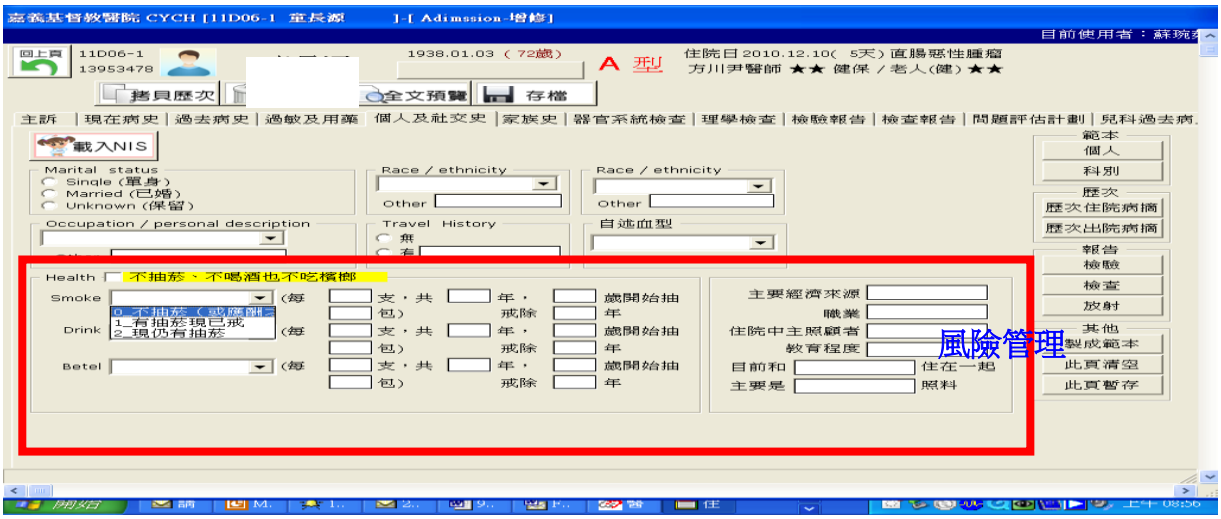
Guidelines/procedures have been revised within the last year [Evidence: check date, person responsible for revising guidelines].

臨床指引或步驟在過去一年中有進行修訂或檢討。(佐證：檢查修訂日期及負責修訂人員。)

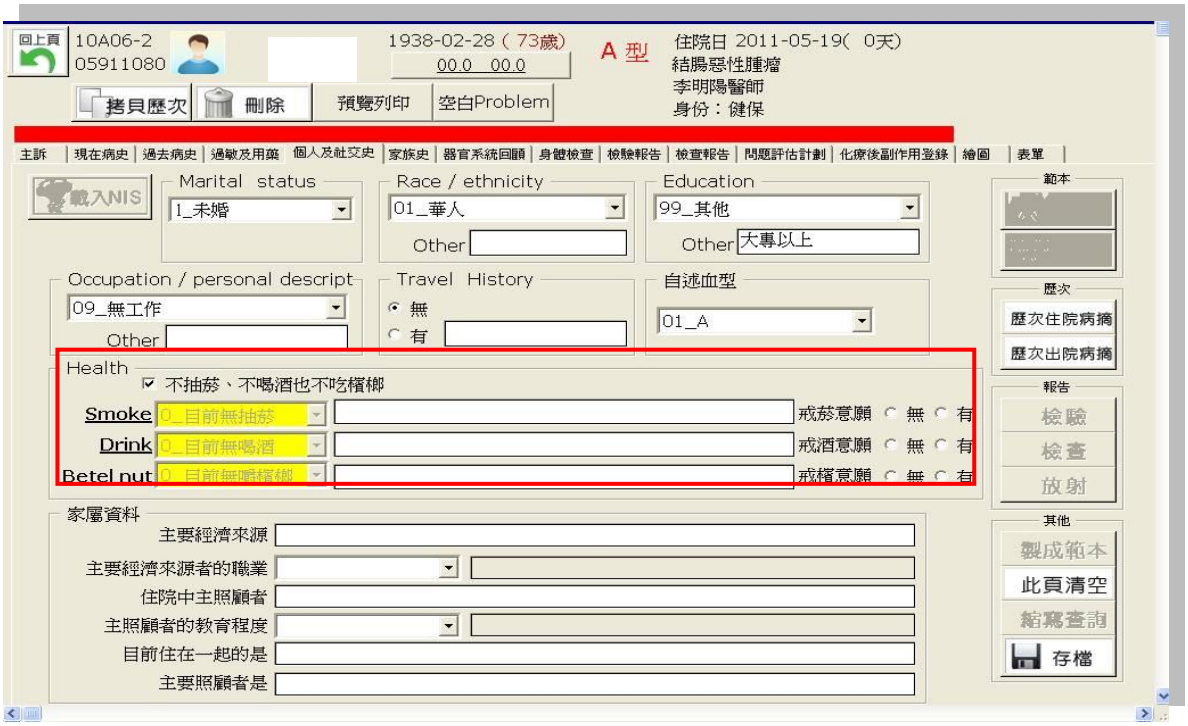
【現況】(過去一年中有修訂或檢討過哪些臨床指引或步驟，是否有定期檢討修正的機制)

1. **訂有糖尿病、氣喘、慢性腎臟病、癌症及住院病患照護...等病人臨床指引，以上每年至少修訂或檢討一次，並有記錄。**
2. **針對住院病人戒菸及飲酒電子系統調查，本以國健局格式為基準，但運作後發現有填寫困難，因此經討論過後設計符合本院合適戒菸及飲酒電子系統。**

▼住院病人戒菸、飲酒電子調查系統改善前畫面—詢問太細且內容複雜



▼住院病人戒菸、飲酒電子調查系統改善後畫面—有效點出轉介系統



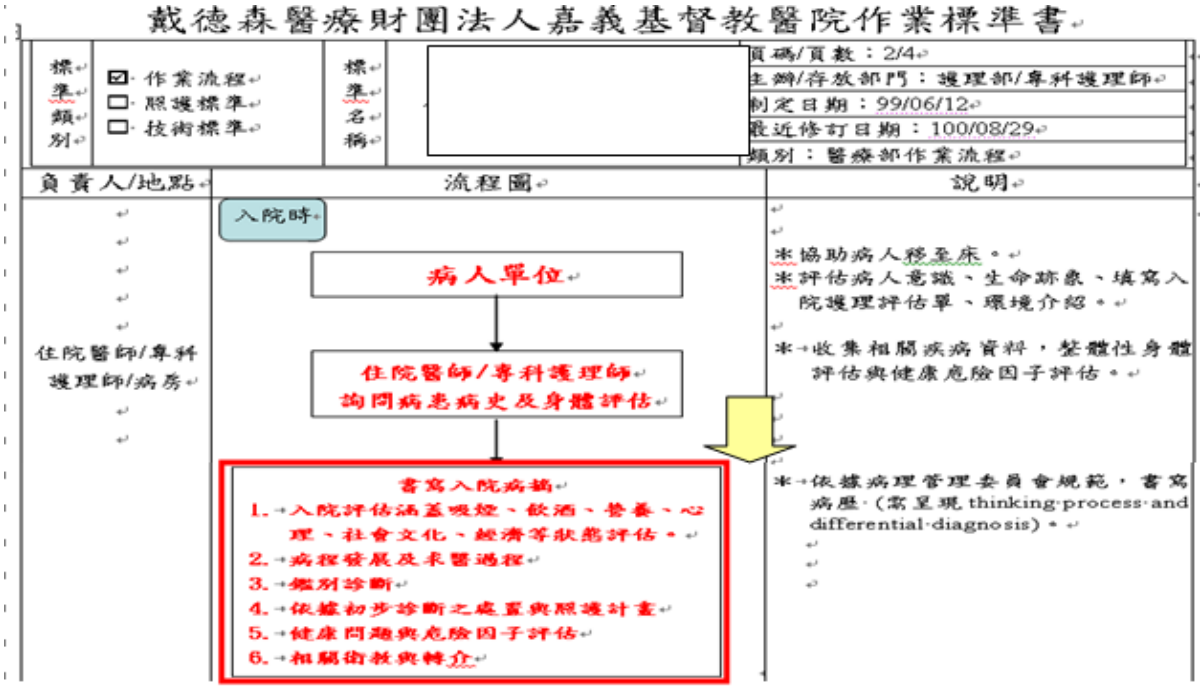
3. 訂有糖尿病、氣喘、慢性腎臟病、癌症及住院病患照護..等病人臨床指引，以上每年至少修訂或檢討一次，並有記錄。

▼糖尿病病人相關臨床指引，每年至少修訂或檢討一次

財團法人嘉義基督教醫院作業流程標準書

標準類別	☑ 作業流程 ☐ 照護標準 ☐ 技術標準	標準名稱	糖尿病健保專案收案作業流程	頁碼/頁數：1/1 主辦部門：糖尿病中心 制定日期：98.10.30 最近修訂日期：100.05.03 類別：作業流程

▼住院病患照護指引，預定每年至少修訂或檢討一次



戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院作業標準書

標準類別	☑ 作業流程 ☐ 照護標準 ☐ 技術標準	標準名稱		頁碼/頁數：2/4 主辦/存放部門：護理部/專科護理師 制定日期：99/06/12 最近修訂日期：100/08/29 類別：醫療部作業流程

負責人/地點	流程圖	說明
住院醫師/專科護理師/病房	入院時 病人單位 住院醫師/專科護理師詢問病患病史及身體評估 書寫入院病摘 1.入院評估涵蓋吸煙、飲酒、營養、心理、社會文化、經濟等狀態評估。 2.病程發展及求醫過程 3.鑑別診斷 4.依據初步診斷之處置與照護計畫 5.健康問題與危險因子評估 6.相關衛教與轉介	※協助病人移至床。 ※評估病人意識、生命跡象、填寫入院護理評估單、環境介紹。 ※收集相關疾病資料，整體性身體評估與健康危險因子評估。 ※依據病理管理委員會規範，書寫病歷（需呈現 thinking process and differential diagnosis）。

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：光田醫療社團法人光田綜合醫院

2.1.2

Guidelines/procedures have been revised within the last year [Evidence: check date, person responsible for revising guidelines].

臨床指引或步驟在過去一年中有進行修訂或檢討。(佐證：檢查修訂日期及負責修訂人員。)

【現況】(過去一年中有修訂或檢討過哪些臨床指引或步驟，是否有定期檢討修正的機制)

一、本院病人健康促進相關臨床指引作業包含指導書與程序書皆在一年中進行修訂檢討，其修訂版次與日期如下:

文件名稱	歸類	文件編號	修訂日期/版次
藥物諮詢作業程序書	指導書	**440TW0012**	102.02 第三版
門診戒菸服務計畫作業	程序書	230CP0032	103.02 第三版
病人安全稽核作業規範	程序書	240CP0011	102.09 第三版
病人安全通報事件管理辦法	程序書	240CP0002	103.04 第七版
品質改善獎勵辦法	程序書	0920CTP001-(01)	102.12 第二版
醫療品質指標監測機制與異常處理作業	程序書	240CP0004	102.12 第六版
TCPI、THIS 指標提報作業	程序書	240CP0003	102.12 第七版

二、病患個別衛教指引計畫依照病人疾病需求擬定，而每年團體衛教指引依照每年病患需求擬定，每季在委員會中報告監測成效。

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：壢新醫院

2.1.3
Guidelines are present on how to identify needs for HP for groups of patients (e.g. asthma patients, diabetes patients, chronic obstructive pulmonary disease, surgery, rehabilitation) [Evidence: e.g. for groups of patients specifically treated in the clinical department].
針對不同的病人群體(例如：氣喘、糖尿病、COPD、手術、復健等病人)，有相關臨床指引以評估其健康促進需要。(佐證：針對各臨床部門所治療的病人群體訂有與其健康促進有關的臨床指引。)

【現況】(檢視各病人群體的照護指引中是否有關於健康促進需要的評估)

一、本院積極於短時間內成立共同照護團隊，致力於全人照顧與顧及病人生活品質，重視安寧療護。

1.本院於 2006.08 月份起籌辦並成立安寧共同照護小組，由許副院長擔任召集人，成員包括：安寧專科醫師：周騰達部長、沈錳碩醫師、護理師：陳美英護理師、謝靜瑩護理師、社工師：陳玉齡社工師、宗教師：法成法師，並訂定安寧緩和醫療相關作業規範、收案標準及作業流程，並於院內網站(eip)公告實施。

2.安寧緩和醫療照護權益的告知：依據本院安寧共同照護作業規範，對於符合安寧照護病人，可由原主治醫師照會安寧共同照護團隊專科醫師與病患及家屬說明選擇安寧緩和醫療照護的權益及服務內容。

3.訂定相關作業程序，並對個別病人症狀及疼痛情形評估，且有記錄可查。安排醫護同仁進行「簽署拒絕心肺復甦意願書」教育訓練，以指導病患及家屬簽署 DNR。

4.本院有安寧共同照護系統及機制，各科臨床醫師對於癌末、瀕死或治癒無望的病人，可照會安寧共同照護團隊主責醫師與病人及家屬進行解釋病情，並尊重病人的自決來決定後續的醫療照顧方式，使其感覺餘生無悔。

二、長期使用呼吸器病人

1.本院已於 93 年 7 月加入健保局全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫(IDS)。

2.脫離計畫：針對呼吸照護病房長期使用呼吸器之病人，由胸腔專科醫師主治，指示呼吸治療師至少每兩週測量呼吸器脫離指標，記載於呼吸照護記錄單。由胸腔專科醫師擬定個案脫離訓練計畫，呈現於病程記錄 progress note，並由醫療團隊執行此計畫及脫離訓練。成員包括醫師、呼吸治療師、護士、營養師、復健治療師等。且至少每兩週再依病況與呼吸器脫離指標重新評估。呼吸照護中心則為每週測量呼吸器脫離指標，呈現於呼吸照護記錄單及病歷記錄 Progress Note。

三、腹膜透析病人治療方式及相關衛教採取以下措施：

1. 依據慢性腎病分級，醫師對於第四及五級病人，會充分告知並轉介至腹膜透析室，由專業護理師作進一步有關腹膜透析之治療方式及相關衛教。
2. 透析治療衛教單張。
3. 腹膜透析衛教場所。
4. 透析治療衛教手冊。

四、其他相關照護疾病，建立臨床指引，並定期評估其健康促進內容，包括：

1.糖尿病
2.氣喘、COPD 照護
3.慢性腎臟病
4.肝炎
5.中風照護
6.乳攝檢查異常追蹤

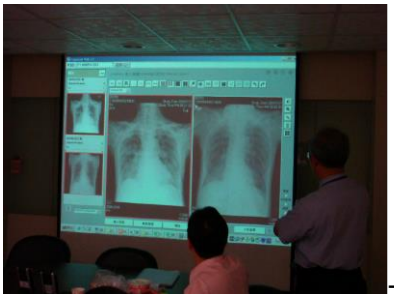
7.孕期產婦照護

8.冠心症照護

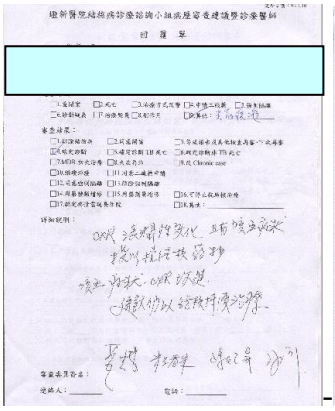
9.腫瘤照護

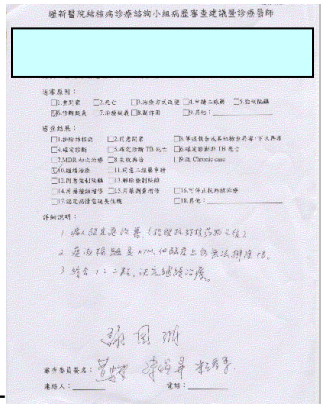
結核病照護團隊為例說明

*結核病團隊照護(每月召開)：會議、個案討論、檢討



*個案討論：治療疑義、確診、藥物





- 結核病管理工具書，包含：

•照護醫令連帶批價碼

•接觸者檢查

•結核病診治指引手冊

•視力、色盲本檢查

•收集痰液檢體步驟

•費用補助說明*提昇病人照護品質：門診提示結核病病患管理評估，醫師評估點選

*團隊小組：胸內、感染科醫師、護理師、感控小組及檢驗師

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

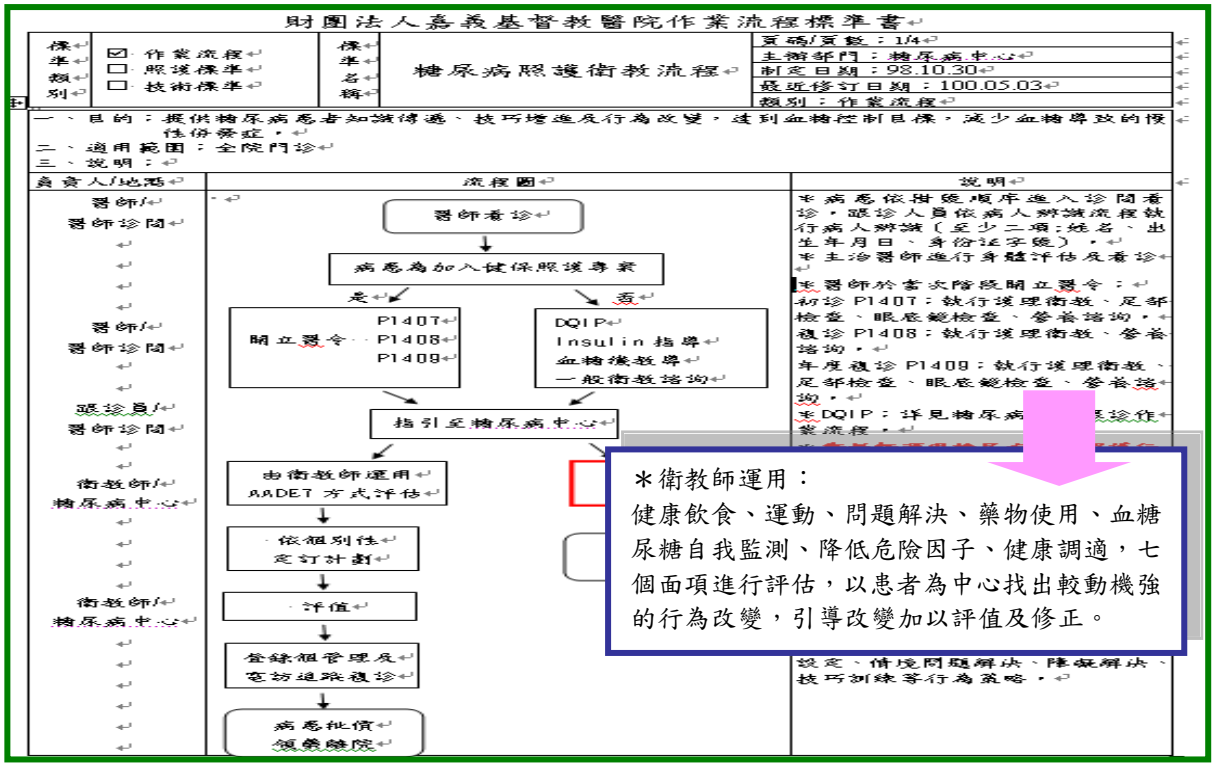
2.1.3

Guidelines are present on how to identify needs for HP for groups of patients (e.g. asthma patients, diabetes patients, chronic obstructive pulmonary disease, surgery, rehabilitation) [Evidence: e.g. for groups of patients specifically treated in the clinical department].

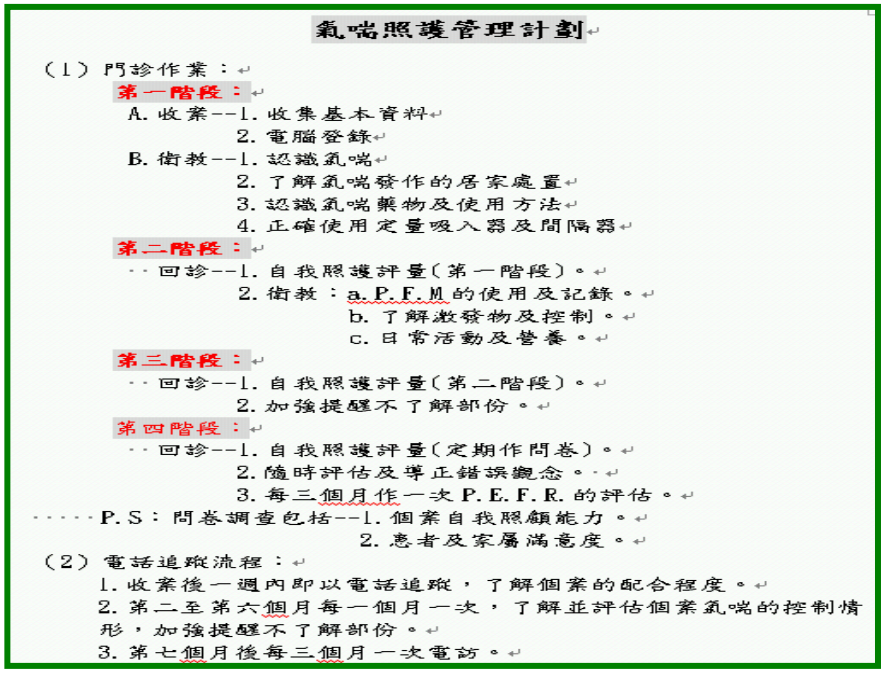
針對不同的病人群體(例如：氣喘、糖尿病、COPD、手術、復健等病人)，有相關臨床指引以評估其健康促進需要。(佐證：針對各臨床部門所治療的病人群體訂有與其健康促進有關的臨床指引。)

【現況】(檢視各病人群體的照護指引中是否有關於健康促進需要的評估)

1. 訂有糖尿病病人相關臨床指引，以評估其健康促進需要。



2. 氣喘病人臨床指引，以評估其健康促進需要。



氣喘照護管理計劃

(1) 門診作業：

第一階段：

A. 收案--1. 收集基本資料

2. 電腦登錄

B. 衛教--1. 認識氣喘

2. 了解氣喘發作的居家處置

3. 認識氣喘藥物及使用方法

4. 正確使用定量吸入器及間隔器

第二階段：

回診--1. 自我照護評量(第一階段)。

2. 衛教：a. P. F. M 的使用及記錄。

b. 了解激發物及控制。

c. 日常活動及營養。

第三階段：

回診--1. 自我照護評量(第二階段)。

2. 加強提醒不了解部份。

第四階段：

回診--1. 自我照護評量(定期作問卷)。

2. 隨時評估及導正錯誤觀念。

3. 每三個月作一次 P. E. F. R. 的評估。

P. S：問卷調查包括--1. 個案自我照顧能力。

2. 患者及家屬滿意度。

(2) 電話追蹤流程：

1. 收案後一週內即以電話追蹤，了解個案的配合程度。

2. 第二至第六個月每一個月一次，了解並評估個案氣喘的控制情形，加強提醒不了解部份。

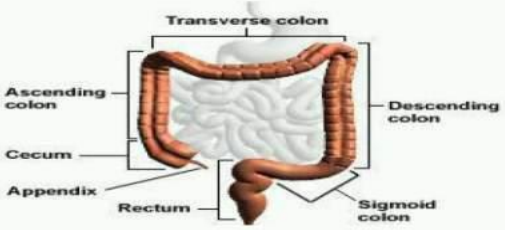
3. 第七個月後每三個月一次電訪。

3. 各種癌症病人臨床指引，以評估其健康促進需要。

直腸癌(Rectal Cancer)疾病護理照護標準

壹、解剖生理

直腸(Rectum)位於薦、尾骨前方，其末端2.5公分長的部分稱為肛管（Anal Canal）。肛管位置朝向身體前方和直腸其餘部分呈直角，其對外開口即肛門。



貳、臨床表徵

解血便及粘液便、排便習慣改變：腹瀉或便秘、糞便性狀改變：如為帶狀或細條狀、裡急後重:解不乾淨的感覺、腸阻塞：腹痛、腹脹、腸蠕動音減弱或消失、常排氣。

參、疾病發生的危險因素

1、環境因素：

(1)、食物中含有高脂肪或動物蛋白

(2)、食物中缺乏蔬菜.纖維及抑制因子(VITA C)等。

2、遺傳因素。

3、發炎性腸病變：潰瘍性結腸炎、克隆氏疾病等。

4、息肉因素：絨毛腺瘤(Villous Adenoma)、管腺瘤(Tubular Adenoma)可能造成病變。

4. 慢性腎臟病病人臨床指引，以評估其健康促進需要。

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院作業標準書

標準類別	☑ 作業流程 ☐ 照護標準 ☐ 技術標準	標準名稱	慢性腎臟病共同照護個案收案管理流程	頁碼/頁數：1/2 主辦/存放部門：護理部/社區護理室 制定日期：95/08/30 最近修訂日期：100/04/27 類別：腎臟保健照護 01

一、目的：作業標準化讓相關工作人員有所依據。

二、適用範圍：腎臟科門診、社區護理室、掛號室。

三、說明：

責任人/地點	流程圖	說明
批價人員/掛號室	掛號	※腎臟專科醫師如下：江培鮮、鍾應欽、洪培豪、蕭志彥、徐約翰
腎臟科醫師/腎臟科門診	診間看診	※1.醫師評估患者生理、生化抽血數據，依病況區分為： a.腎功能正常，微量蛋白尿。 b.輕度慢性腎衰竭。 c.中度慢性腎衰竭。 d.重度慢性腎衰竭。 e.末期腎臟病變。 2.填寫慢性腎臟疾病衛教轉介單
個管師/門診2樓	衛教站收案	※資料收集： 1.門診共同照護個案管理資料登錄表（附件二） 2.電腦作業登錄： a.門診照護登錄系統 b.個案資料及檢驗資料查詢……
個管師/社區護理室	衛教	※1.依各階段給予衛教及日常生活指導（附件三） 2.填寫衛教指導內容記錄表（附件四）
個管師/社區護理室	定期追蹤	※1.依照各階段給予衛教及登錄（附件三） 2.自我照顧評估與健康行為探討，每半年評估（附件五） 3.『腎臟保健推廣計畫』病患滿意度調查表，每年一次（附件六） ※進入透析或腎臟移植或轉他院或死亡。
	結業	

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：光田醫療社團法人光田綜合醫院

2.1.3

Guidelines are present on how to identify needs for HP for groups of patients (e.g. asthma patients, diabetes patients, chronic obstructive pulmonary disease, surgery, rehabilitation) [Evidence: e.g. for groups of patients specifically treated in the clinical department].

針對不同的病人群體(例如：氣喘、糖尿病、COPD、手術、復健等病人)，有相關臨床指引以評估其健康促進需要。(佐證：針對各臨床部門所治療的病人群體訂有與其健康促進有關的臨床指引。)

【現況】(檢視各病人群體的照護指引中是否有關於健康促進需要的評估)

一、訂有疾病管理計畫衛教及收案作業，推動各項疾病管理計畫作業，提供病人持續性照護，建立以病人為中心健康促進及品質導向之服務作業流程。

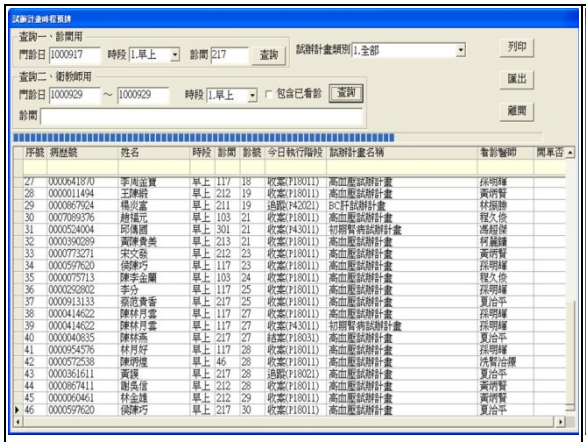
(1) 診間收案提示：依具健保各計畫規定之收案條件設定程式提示，醫師看診時得到訊息即可對病患進行徵詢。

(2) 病患持衛教處置單至指定地點，由各衛教師或個案管理師進行衛教工作。

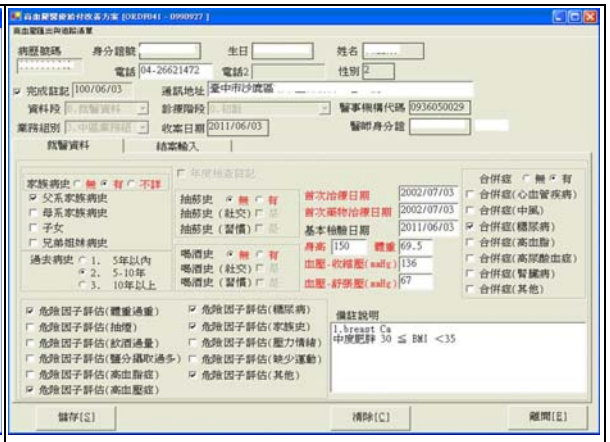
(3)糖尿病、高血壓及初期腎病收案與介入個案管理。

(4)定期監測指標與持續追蹤回診。

※以慢性腎病為例: 改善慢性腎病收案流程：本院增設專屬腎病衛教師、建構資訊系統進行流程整合改善；如跨科收案提示系統(新陳代謝科、心臟科、腎臟科)、檢驗數據自動提示需提供衛教病患，給予腎臟保健知識減緩其進入，甚至避免血液透析(洗腎)之病程。



衛教師查詢當日就診可收案名單



衛教個案追蹤紀錄

※ 以糖尿病為例:

高危險群篩檢有兩個部分，分別是初次空腹或隨機血糖篩檢及第二次血糖耐受測試確診，初次空腹或隨機血糖篩檢我們共分成人健檢、新陳代謝科門診、社區篩檢三部分來執行。

步驟 1	評估危險因子，如有任一危險因子，進行空腹血糖測試 危險因子包括:1.40-70 歲 2.30-40 歲有以下之一: 家族史、體重過重、高血壓、高血脂 3.GDM

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

步驟 2	1.空腹血糖測試結果 1.大於等於 126mg/dl: 可能是糖尿病，進一步至內科或家醫科門診確診。2.小於 100mg/dl: 正常，三年後再篩檢一次。3.介於 100 至 125mg/dl: 轉衛教門診進一步接受 OGTT。
步驟 3	1.衛教門診 OGTT 糖水測試 1.空腹血糖大於等於 126mg/dl 或兩小時 OGTT 血糖大於等於 200mg/dl: 確診是糖尿病，進一步至內科或家醫科門診治療。2.空腹血糖小於 100mg/dl 且兩小時 OGTT 血糖小於 140mg/dl: 正常，三年後再篩檢一次。3.其他情況屬先期糖尿病，收案實施健康促進。
步驟 4	填寫人體試驗同意書，給予健康促進衛教。

病人個別衛教指導

病人減重班-有氧健康操

病人減重班-營養指導

病人減重班-坐視毛巾操

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

新代科曾主任和劉醫師和減重班朋友共享出遊樂趣，也更拉近醫病距離	收案病友減重班健走活動

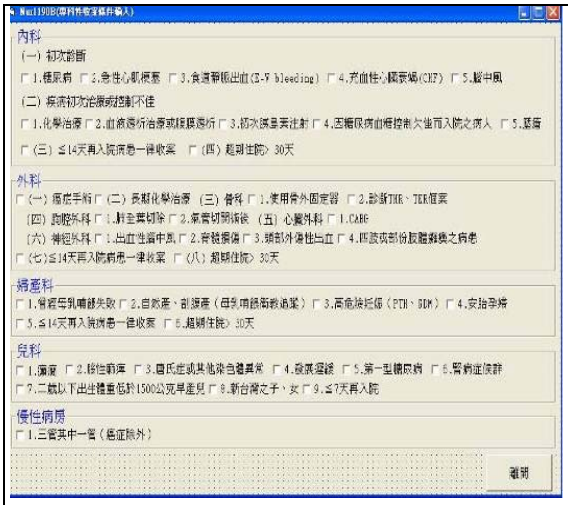
以第 0,1,3,6 月次的方式實施共 4 次的運動衛教及營養衛教，各次的衛教內容如表二，每次課程都有標準教案供衛教人員參佐應用，運動狀況及飲食狀況評估各有表單紀錄，評估方法皆是以回憶法。每次衛教並同時施予人體測量與血液測量並以隔日回憶法作營養評估

	護理及運動衛教	營養衛教
初次	認識先期糖尿病、認識運動的好處、設定運動的目標	認識飲食控制的好處、設定飲食控制的目標、設定體重控制的目標
第一個月	評估運動狀況、如何選擇運動鞋、如何找出時間運動	評估飲食狀況、找出食物中的脂肪、減少攝取油脂的三種方法
第三個月	評估運動狀況、運動安全的重要、如何熱身、運動傷害的處理	評估飲食狀況、均衡健康的飲食、如何提醒自己要健康的吃
第六個月	評估運動狀況、如何戰勝負向思考、認識有氧運動、社交場合的處理	評估飲食狀況、認識熱量平衡、外食技巧、認識解決飲食問題的技巧

	人體測量	實驗室檢查
初次	血壓、身高、體重、腰圍	OGTT、TCHO、TG、HDL、A1C、GPT、Cre
第一個月	血壓、身高、體重、腰圍	AC
第三個月	血壓、身高、體重、腰圍	AC
第六個月	血壓、身高、體重、腰圍	OGTT、TCHO、TG、HDL、A1C

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

2. 訂有糖尿病、重症、腎臟病、腫瘤科、營養治療小組及膳食供應之指引，內容涵括治療目標、工作流程、營養評估方式、營養素之建議量等，以提供符合病況之營養指導內容之依據。



專科性收案條件指引

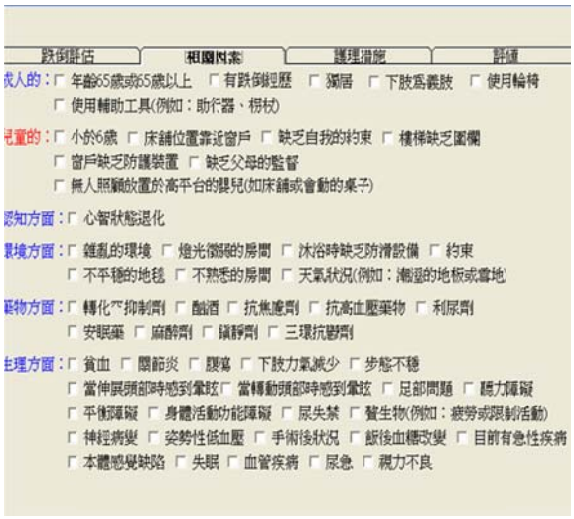
依需求提供用藥指引

三、本院對住院患者設有高危險篩檢指引，病患住院即執行高危險跌倒因子篩選與出院準備服務需求高危險因子篩選、身體功能及心智狀況，並於每週或病情變化時重新評估，以為因應。

1.護理部設有病患預防跌倒及通報作業辦法(編號：300NP0001)。

2.護理部設有高危險跌倒因子篩選執行系統，於病患住院 24 小時內篩選。

高危險跌倒因子篩選



身體功能及心智狀況評估

四、設有出院準備服務評估篩選系統指引：

1.護理部設有出院準備服務需求高危險因子篩選執行系統，於病患住院 24 小時內篩選。

2.住院 24 小時內經出院準備服務需求高危險因子篩選評估收案後，再依個別需求給予指導。

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

高危險因子篩選執行系統

個別需求給予指導。

五、心理評估與轉介指引：

當病人一入院時，護理人員會運用簡式健康量表(心情溫度計)進行心理評估，並於電腦系統中的身體評估做輸入，當評估病人出現心理情緒困擾時，依其情緒困擾程度結果進行臨床處置。0-5 分無困擾，不需處理；6-9 分輕度困擾，臨床護理人員提供情緒支持；10-14 分中度困擾，會診社工師或視情況會診身心科；15 分以上重度困擾照會社工師及身心科。

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：高雄榮民總醫院

2.1.3

Guidelines are present on how to identify needs for HP for groups of patients (e.g. asthma patients, diabetes patients, chronic obstructive pulmonary disease, surgery, rehabilitation) [Evidence: e.g. for groups of patients specifically treated in the clinical department].

針對不同的病人群體(例如：氣喘、糖尿病、COPD、手術、復健等病人)，有相關臨床指引以評估其健康促進需要。(佐證：針對各臨床部門所治療的病人群體訂有與其健康促進有關的臨床指引。)

【現況】(檢視各病人群體的照護指引中是否有關於健康促進需要的評估)

1. 針對特殊疾病如糖尿病及腎臟病有衛教團隊協助病人，並有照護常規(420-003 門診及住院病人復健治療作業、A05-02 氣喘護理常規、A16-04 糖尿病腎病變護理常規、手術類護理常規 40 項)，員工可於院內知識館查詢相關資訊。
2. 本院電腦系統（HIS）醫護同仁可點選「護理諮詢」作業，轉介病人接受「護理諮詢」、「居家訪視服務諮詢」、「精神護理聯繫照會」、「安寧共同照護單」、「門診糖尿病衛教」。
3. 訂有門診營養諮詢作業、團體營養衛生教育作業、住院患者營養諮詢作業、癌症患者營養評估作業等，並設有營養諮詢門診，備有食物模型及衛教單張等教材，提供病人適切飲食指導。
4. 提供疾病照護護理衛教單張，置於醫院網站供民眾及病人查詢。
5. 提供病人(例如:氣喘病人、糖尿病人)以面對面諮詢服務、例如指導氣喘用藥吸入劑使用方式等，以及用藥指導單張、線上諮詢等方式之藥事照護服務，並於高榮醫訊、健康簡訊等宣導正確服藥之相關訊息。
6. 針對高齡長者提供「周全性老年評估」，以提供期照護需求。由於老年人在健康與疾病上的特殊性，急性疾病期間常因疾病治癒或臥床而產生身體功能退化，於急性疾病痊癒後往往需要一段復原的過程，因此需要建立一個整合性的健康照護服務。由本院專責個案管理師，篩選具有功能回復潛能的住院患者，轉介至屏東分院，輔以四週（最長不超過十二週）之團隊治療介入，並以「周全性老年評估」之功能性評估作為治療的目標設立與效果的評估。

【結論】醫院有糖尿病衛教團隊及腎臟病衛教團隊協助指導病人，並有照護常規供臨床人員使用，亦有營養諮詢門診、藥事照護室等，提供不同病人群體健康促進衛教。針對高齡長者提供周全性老年評估，提供中期照護服務。

【具體說明】

	[衛教名稱]	[衛教科別]	[增修日期]	[類別
1	腎臟穿刺切片檢查	腎臟科	2015-07-15	護理單
2	認識有機磷中毒	腎臟科	2014-06-18	護理單
3	永久性雙腔透析導管之居家照護	腎臟科	2012-10-05	護理單
4	動靜脈廔管之居家照顧	腎臟科	2012-06-25	護理單
5	水腫	腎臟科	2012-11-13	一般
6	血尿	腎臟科	2012-11-13	一般
7	淡談中毒	腎臟科	2012-11-13	一般
8	慢性腎衰竭	腎臟科	2012-11-13	一般
9	膀胱炎	腎臟科	2012-11-13	一般
10	急性腎盂腎炎	腎臟科	2012-11-13	一般
11	尿崩症	腎臟科	2012-11-13	一般
12	電解質不平衡	腎臟科	2012-11-13	一般
13	動靜脈廔管	腎臟科	2012-11-13	一般
14	動靜脈人工血管的護理	腎臟科	2012-11-13	一般

醫院網頁衛生教育資源網-特殊群體-腎

【衛教清單】 共 29 筆

	[衛教名稱]
1	認識冠狀動脈疾病及其居家護理指導
2	隱形殺手－高血壓
3	戒菸總動員
4	心臟衰竭的居家照護
5	裝置永久性人工心臟節律器患者居家注意事項
6	行氣球擴張術或置放金屬支架患者之出院注意事項
7	使用三硝酸甘油脂【舌下含片】注意事項
8	高血壓

醫院網頁衛生教育資源網-心血管疾病衛

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

臟疾病衛教	生教育
清單】 共 26 筆 [衛教名稱] 1 低血糖症狀與處理 2 認識糖尿病 3 如何自我注射胰島素筆型注射器 4 糖尿病患旅遊注意事項 5 糖尿病與運動 6 糖尿病的居家照護 7 口服降血糖藥物 8 糖尿病急性合併症－高血糖高滲透無酮酸症 9 糖尿病急性合併症－酮酸血症	獨立專科 乳房外科 外傷科 高齡醫學 周全性老年評估 骨科 皮膚科 產檢夜間特別門診 不孕症夜間門診 家庭醫學 戒菸門診 三高門診 放射腫瘤 營養諮詢(自費) 職業醫學科
醫院網頁衛生教育資源網-糖尿病衛生教育	提供有營養諮詢門診

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院

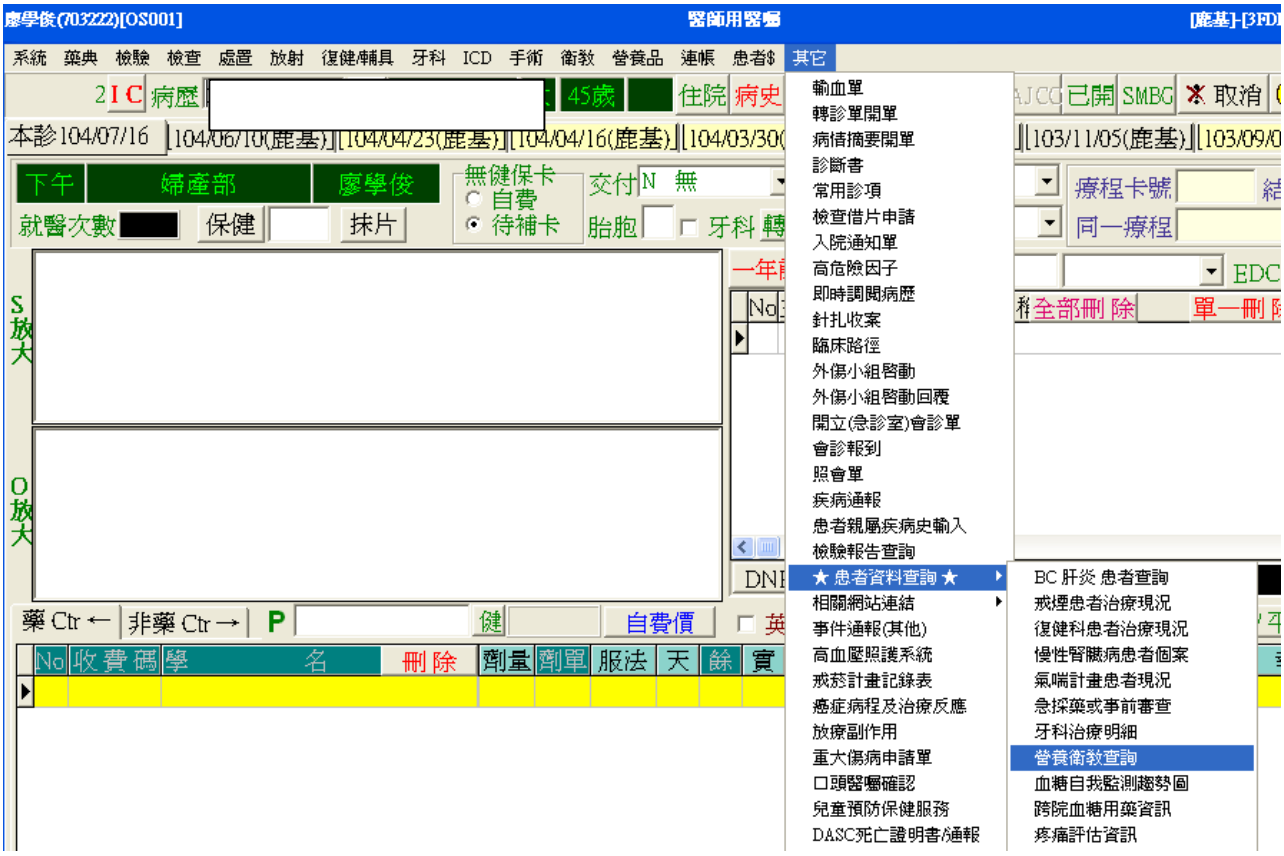
2.1.3

Guidelines are present on how to identify needs for HP for groups of patients (e.g. asthma patients, diabetes patients, chronic obstructive pulmonary disease, surgery, rehabilitation) [Evidence: e.g. for groups of patients specifically treated in the clinical department].

針對不同的病人群體(例如：氣喘、糖尿病、COPD、手術、復健等病人)，有相關臨床指引以評估其健康促進需要。(佐證：針對各臨床部門所治療的病人群體訂有與其健康促進有關的臨床指引。)

【現況】(檢視各病人群體的照護指引中是否有關於健康促進需要的評估)

1. 門診醫囑系統可查詢B、C肝、糖尿病、戒菸、骨鬆、高血壓、復健、慢性腎臟病等病人現況，並有衛教師針對疾病需求給予適當護理指導。



2. 中風病人、關節置換術之術後病人於病房及門診皆有持續性復健計畫，醫師向病人家屬解釋復健計畫後，記錄於病人衛教評估暨病情處置、治療方針說明記錄單，並請家屬簽名。

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

鹿港基督教醫院
病人衛教評估暨病情處置、治療方針說明記錄單

[redacted] □男 ☑女
姓　名：民國86.12.04
床　號：513B　年齡：65

項目	說明日期/時間：2015年7月15日　時　分
說明對象	☑本人 □配偶 □父母 □手足 ☑子女 □外傭/看護 □其他
語言	☑國語 □台語 □客語 □英語 □其他
國籍	☑本籍 □外籍：
教育程度	□不識字 □小學 □國中、初中 □高中 □大專、大學 □研究所以上
說明類別	☑疾病/治療方針 ☑手術/檢查之前/後注意事項 □用藥指導 □醫療設備使用注意事項 □藥物/飲用交互作用 □飲食與營養 □復健指導 □社會資源 □護理指導 □入院環境介紹 □其他
學習障礙	☑無 □若有障礙的替代說明方法
說明方式	☑討論 □衛教、社會資源單張 □示範 □影片/衛教看板 □其他 若有障礙的替代說明方法
說明者簽名	☑醫師/專科護理師 □護理人員 □營養師 □社工師 □其他　簽名：[redacted]

說明內容：1)病人健康狀況、症狀，2)治療計畫的概要、代替性治療方法及3)預測效果及危險性。

人工全膝關節置換術

一、　手術的併發症及可能處理方式

術後第二天即由骨科專業護士群開始照護 、衛教及復健運動等，所以患者恢復很快，一般術後三天即可下床，住院期間不會超過七天，患者康復速度快 ，存活率提高，生活品質改善，也減輕家屬照顧的負擔。因此，家中若有骨折的老年人，千萬不 要諱疾忌醫，因為，對於現代化專業醫療團隊而言，手術治療的風險性已經可以降至最低，早期的介入治療， 將可為老年人及家屬，解決本身及照護上的困境。

二、　手術可能出現之暫時或永久症狀

"全人工膝關節置換術"之施行需要住院大約七天，手術之後，早期由於肌力尚未復原，又須避免人工關節之脫位，因此，於日常生活中請注意以下各項：

如出現跛行時，應先使用助行器或拐杖幫忙。行走時，慢慢增加患側之載重，最後達到完全載重。

上下樓梯的方式為：上樓：好側、患側，然後拐杖。下樓：拐杖先，然後患側、好側。

三、　手術之後果及其他可能代替之方式

全人工膝關節置換術，接受此一手術大部分的病患很快的便可以恢復功能，臥床的時間與恢復的時間都很短，因此發生其他併發症的機會也小。如此可以減少家屬照顧上的負擔，也可以維持老年人的生活品質。經由手術治療，讓老人能及早下床走動，才能避免前述所提的併發症。

出院時機 ：

5000-9803　8.5*11"　1x100x0 本　98.03 印刷室　病歷編號：4-13-11-1

無發燒情形兩天或經主治醫師評估可出院時即可辦理。

傷口線頭依病患狀況可於拆線後出院或回門診拆線

醫療處置:

1. 告知相關之併發症或相關症狀
2. 監測體溫，生命跡象變化。
3. 醫療處置依病情變化與需求隨時異動並安排（如後續電腦斷層、必要之後續手術處理、會診相關醫師等）且醫師會隨時向患者或家屬解釋病情之進展與後續醫療處置。
4. 於預定出院日前二天告知出院計劃。

##居家照顧注意事項:

1. 回家後，仍繼續做膝關節彎曲、伸張、肌肉運動及冰敷。
2. 手術後傷口外側會有麻木感，這是正常現象。
3. 如拔牙、感冒或其他疾病時，須告訴醫師曾換人工膝關節，以便給抗生素預防感染。
4. 一般手術後，助行器可拿一個半月至三個月;六星期內患肢勿單腳踩地，三個月後不必用拐杖，六個月後可游泳、打高爾夫及其他溫和性運動(最適合的運動為游泳)，但避免跳躍、蹲下、賽跑、籃球等運動。
5. 步行後若有腫脹應減少步行量，且每次步行後宜抬高患腿及冰敷。
6. 人工膝關節是用來幫助我們達到一些日常生活活動，但不適宜用來從事劇烈運動，所以手術後的病人不宜爬山或經常爬樓梯等對膝關節過度負荷的活動。
7. 若無特殊疾病下，飲食方面沒有特別的禁忌。
8. 若遇有下列情形發生時，須盡速回醫院門診追蹤檢查，包括患肢紅腫熱痛、跌倒或挫傷而傷及膝蓋導致患肢活動範圍減低時。
9. 可穿著彈性襪，預防血栓性靜脈炎。
10. 如果病患好好配合，在正常的使用情形下，人工關節有九成保用十年以上。
11. 依醫師囑咐按時返院門診追蹤。

說明「住院須知」內容	指導者	病人/家屬簽名
	[redacted]	謝松榮

說明對象自我評值	□我已完全瞭解 □我部分瞭解 □我完全不瞭解 簽名：謝松榮
說明者評值	□ 完全瞭解 □部分瞭解 □需再加強 日期/時間：　年　月　日　時　分

備註：填寫"其他"時，需於表格內註明內容。

5000-9803　8.5*11"　1x100x0 本　98.03 印刷室　病歷編號：4-13-11-1

做到程度：　□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：壢新醫院

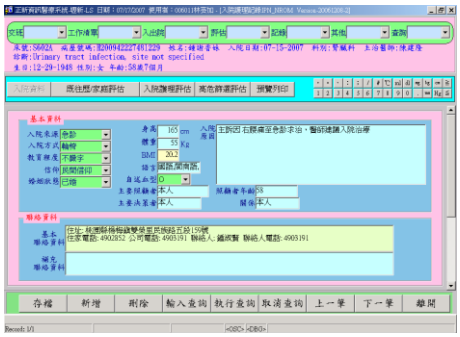
2.2.1

The assessment is documented in the patients' record at admission [Evidence: for all patients. Identified by patient records audit].

在病人住院時，會將其健康促進需要評估記錄在病歷中。(佐證：從住院病歷中可看到有相關記錄。)

【現況】(檢視住院紀錄或電子作業軟體內容)

一、醫師、護理人員收集健康評估資料，並記錄在病歷中住院



二、瞭解住院病人之進食情況，符合其基本需求

1. 營養科每半年依病人及員工飲食供應程序書進行病患伙食滿意度調查，作為持續改善之依據，並在管理審查會議中檢討調查結果。
2. 營養師於病人入院後，使用營養篩選系統進行初步營養評估，依評估標準結果作為後續營養照護計畫依據，所有營養紀錄留存病歷中供醫療團隊成員參考。
3. 各護理站備有營養交班本，對營養不良高危險群及特殊需要個別照護的病人，護理人員可將訊息紀錄於營養交班本上，每日於營養師巡房時通知營養師優先訪視，訪視後擬定的營養照護計畫會與全責護士溝通，並記錄營養訪視紀錄表上存放於病歷中，讓病人獲得即時的營養照護服務。
4. 伙食滿意度調查
   (1) 本院顧客服務課每月調查病人飲食滿意度，並將資料彙整給營養科參考及研擬改善措施。
   (2) 營養科每半年進行病患伙食滿意度調查，並於管理審查會議中檢討調查結果、並提出具體改善措施及實施方法與護理部及與會主管進行改善措施與對策的追蹤、溝通與討論。

三、提供合宜的護理指導衛教

1. 各單位依該單位特性及主要疾病分類備有相關疾病衛教單張及資料共 603 種(含衛教單張、衛教手冊、衛教光碟、錄影帶)，資料置於各單位衛教單張置放櫃提供護理人員方便取用。
2. 依據住院衛生教育作業指導作業，擬定病人個別性護理指導，單位護理人員能充分利用衛教單張(冊)提供護理指導。

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

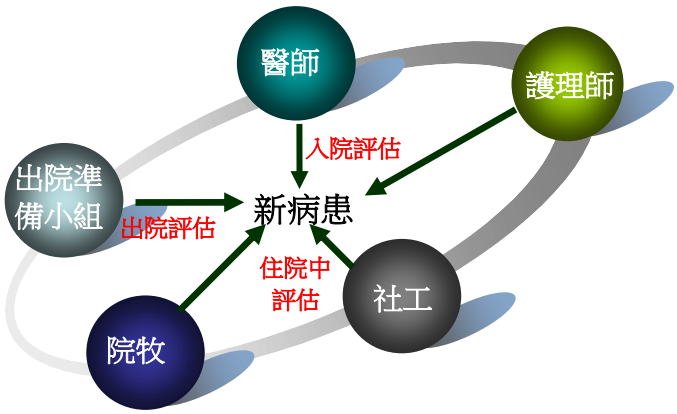
2.2.1

The assessment is documented in the patients' record at admission [Evidence: for all patients. Identified by patient records audit].

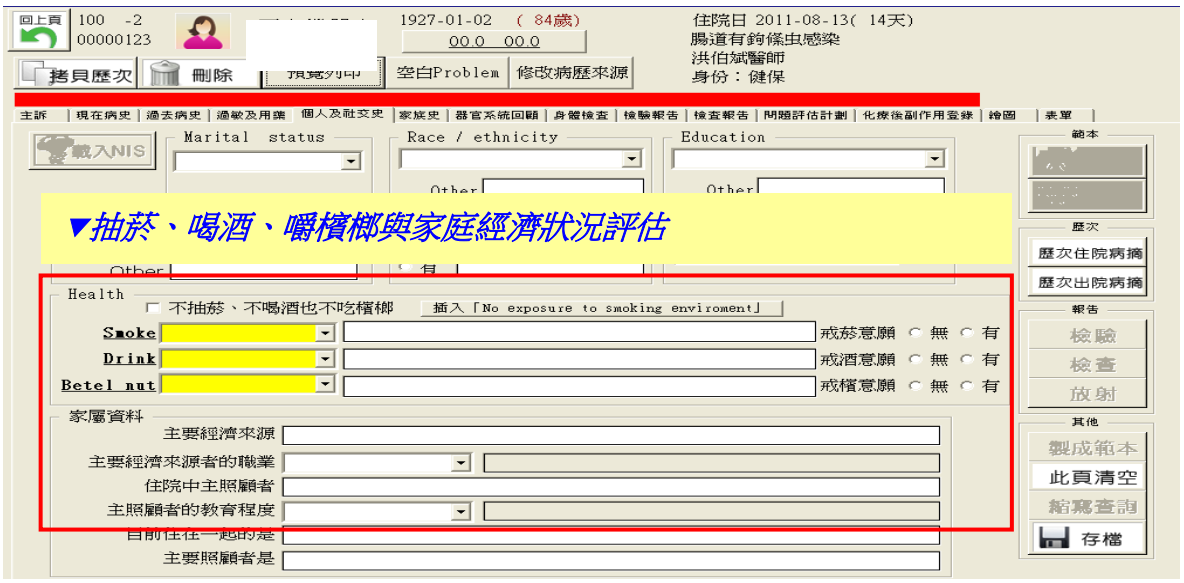
在病人住院時，會將其健康促進需要評估記錄在病歷中。(佐證：從住院病歷中可看到有相關記錄。)

【現況】(檢視住院紀錄或電子作業軟體內容)

1. **新病患入院後會由醫師、專科護理師與護理師做健康促進評估，針對病患的問題給予衛教或轉介，住院中還有社工與院牧針對經濟與心靈問題予以協助，待出院時醫師、專科護理師與護理師會給予出院衛教，若需後續照護問題的協助，則轉介給出院準備小組，呈現一個全人之照護模式。**

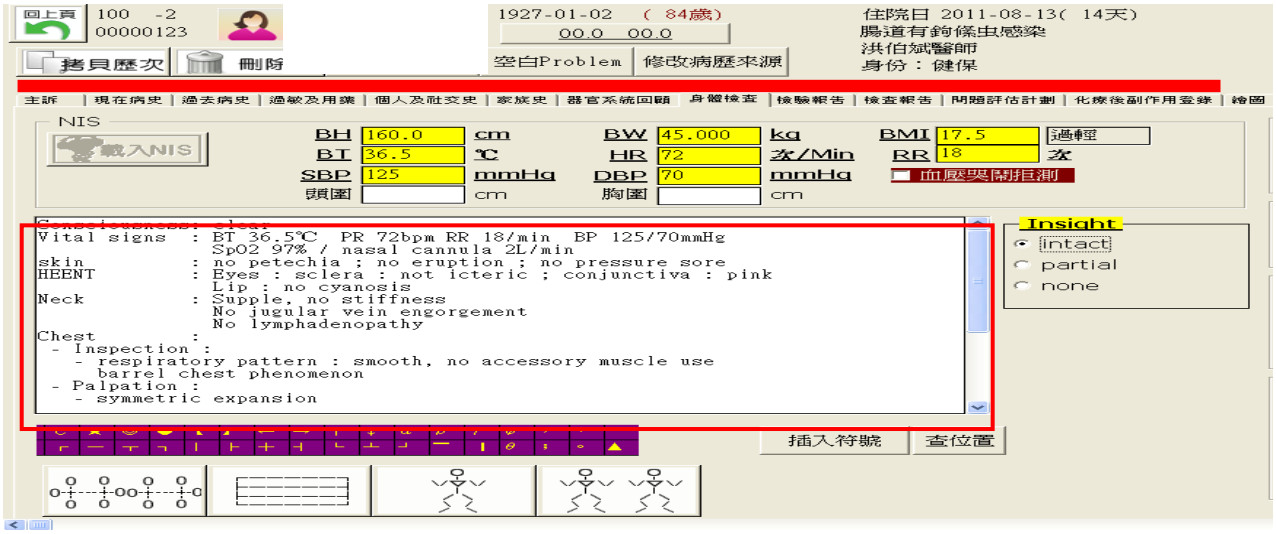


2. **本院於100年5月份更新電子入院病歷摘要版本，其營養狀況及危險因子(抽菸、喝酒及嚼檳榔)，皆被設定為必要完成項目。**



世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

3. 病患於入院時，醫師與專科護理師會於入院病歷摘要內容摘呈現健康促進評估之紀錄。



做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：光田醫療社團法人光田綜合醫院

2.2.1

The assessment is documented in the patients' record at admission [Evidence: for all patients. Identified by patient records audit].

在病人住院時，會將其健康促進需要評估記錄在病歷中。(佐證：從住院病歷中可看到有相關記錄。)

【現況】(檢視住院紀錄或電子作業軟體內容)

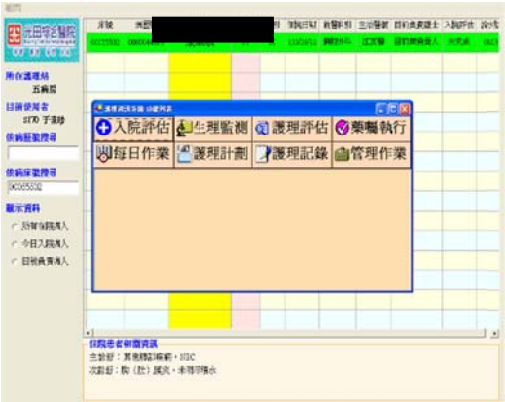
病人住院時，會將其健康促進需要評估記錄在病歷中。

一、醫師評估部分：本院提供病人一致性及連續性之照護，門急診病人經醫師評估判斷有住院需求收治住院者，醫師可參考病人於門急診之就診資料及處置情形，並由病房負責照顧醫師持續進行複評與調整，詳細評估結果皆有完整之記錄，以為持續觀察與照護之參考。

二、負責護理師部分：負責護理師於病人住院時先行進行入院護理評估，瞭解病人之基本資料，如年齡、姓別、教育程度、宗教、職業、語言、經濟狀態、照護者、過去健康情形等，以瞭解病人是否有經濟、溝溝及生活輔具及照護需求，並協助解決。

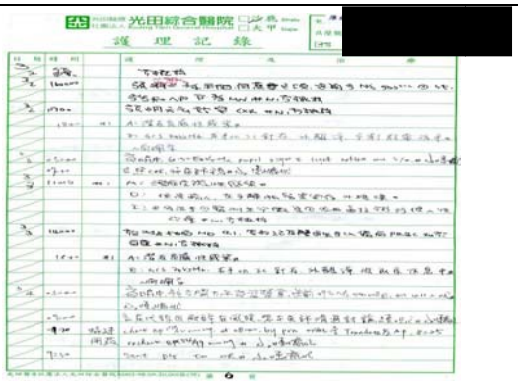
三、除第一次接觸病人入院時之入院護理評估外，負責護理師每日需依心臟系統、神經系統、骨骼肌肉系統、腸胃系統、泌尿系統及皮膚系統等進行評估，隨時依據評估結果擬定護理問題及護理計劃。

四、當病人一入院時，護理人員會運用簡式健康量表(心情溫度計)進行心理評估，並於電腦系統中的身體評估做輸入，當評估病人出現心理情緒困擾時，依其情緒困擾程度結果進行臨床處置。0-5 分無困擾，不需處理；6-9 分輕度困擾，臨床護理人員提供情緒支持；10-14 分中度困擾，會診社工師或視情況會診身心科；15 分以上重度困擾照會社工師及身心科。



護理人員護理評估系統

入院護理評估

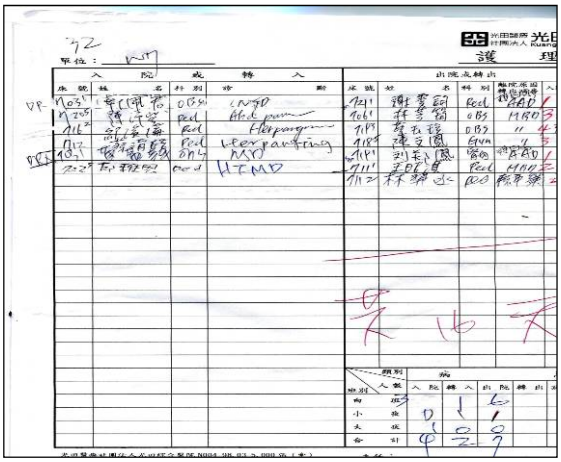


每日持續護理記錄範例

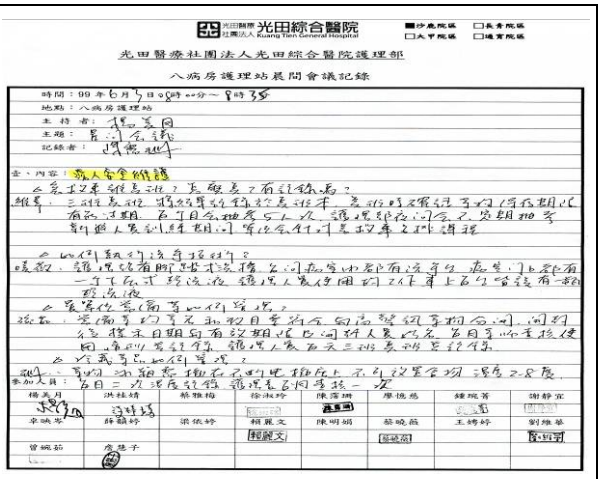
復健評估後調整治療計劃範例

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

四、有關病人照護問題，隨時與負責醫師作病情討論，如病房之護理日誌。



病房之護理日誌



光田醫療社團法人光田綜合醫院護理部

八病房護理站晨間會議記錄

病房晨會記錄

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：光田醫療社團法人光田綜合醫院

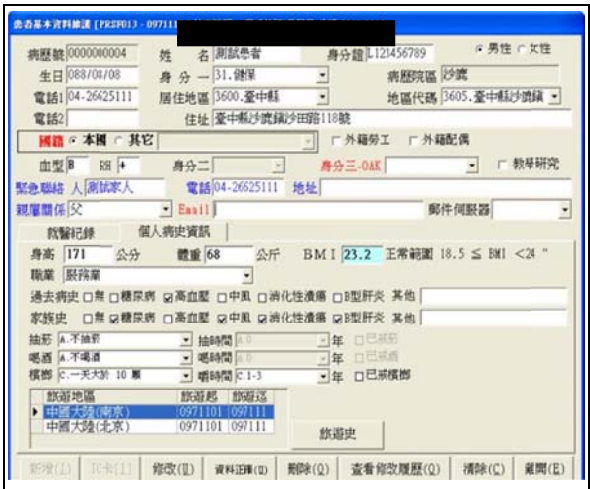
2.2.1.1

對於初次就診的門診病人，會進行健康促進需要評估並記錄在病歷中。

【現況】(檢視門診紀錄或電子作業軟體內容)

本院醫護人員對病人於第一次接觸時即對病人之身心需求進行評估，包括: 生活型態、營養狀態、心理-社會-經濟狀況(與誰同住)、跌倒預防、疾病篩檢等調整，且於掛號、門診、急診、住院之各資訊系統皆可經由醫護人員之評估而瞭解病人之需求，且各系統間之資訊相互串連，可使醫護人員掌握病人最新病情需求而不重複問診，減少病人之不便。病人於本院掛號第一次就診時，掛號系統即設計有完整之基本資料、就醫記錄（初診日期、初診科別、最近就診日期、最近就診科別、最近出院日期）、本院之新入院病患填寫之基本健康促進資料為個人病史資訊，包括：

1. 身高、體重、BMI 值。
2. 抽菸量與頻率、抽菸史調查、是否已戒菸。
3. 飲酒量與頻率、飲酒史調查、是否已戒酒。
4. 檳榔嚼食量與頻率、檳榔嚼食史調查、是否已戒檳榔。



掛號基本資料檔-病人生活型態
健康促進資料

初診基本資料表-病人生活型態
健康促進資料

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

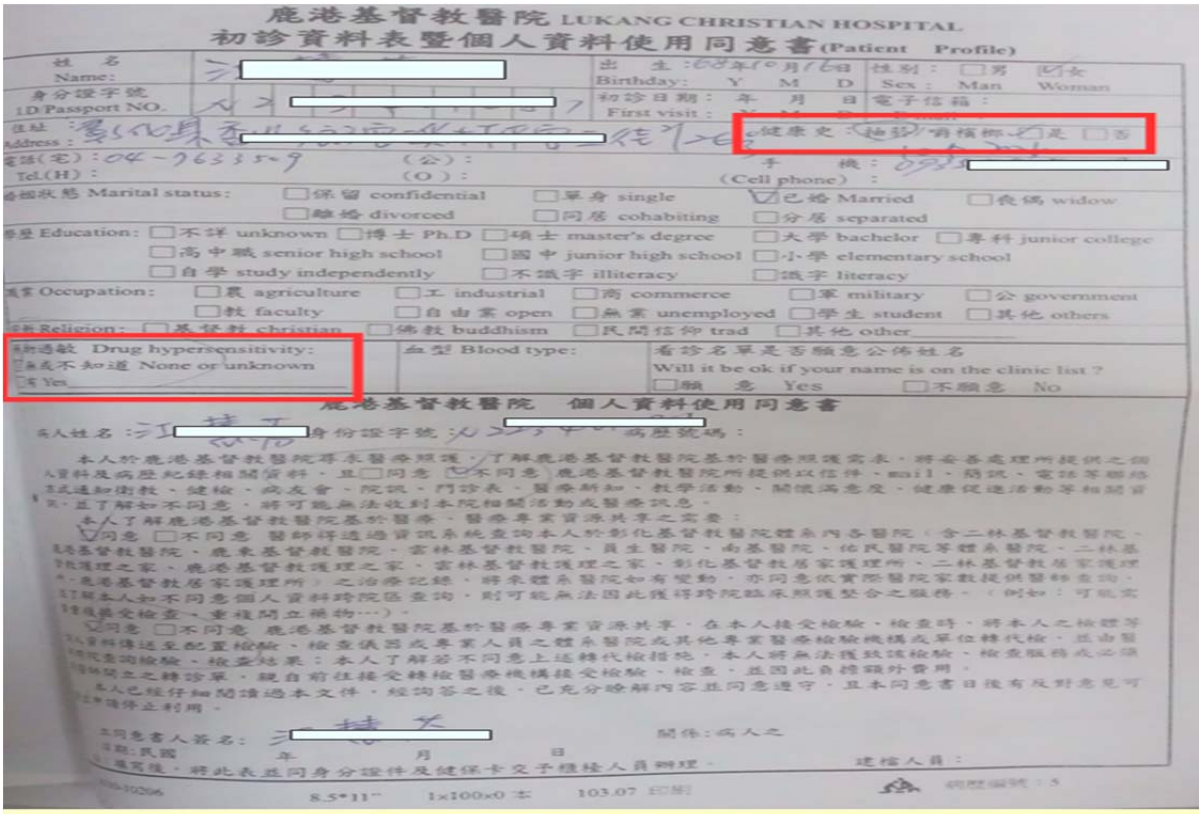
機構名稱：彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院

2.2.1.1

對於初次就診的門診病人，會進行健康促進需要評估並記錄在病歷中。

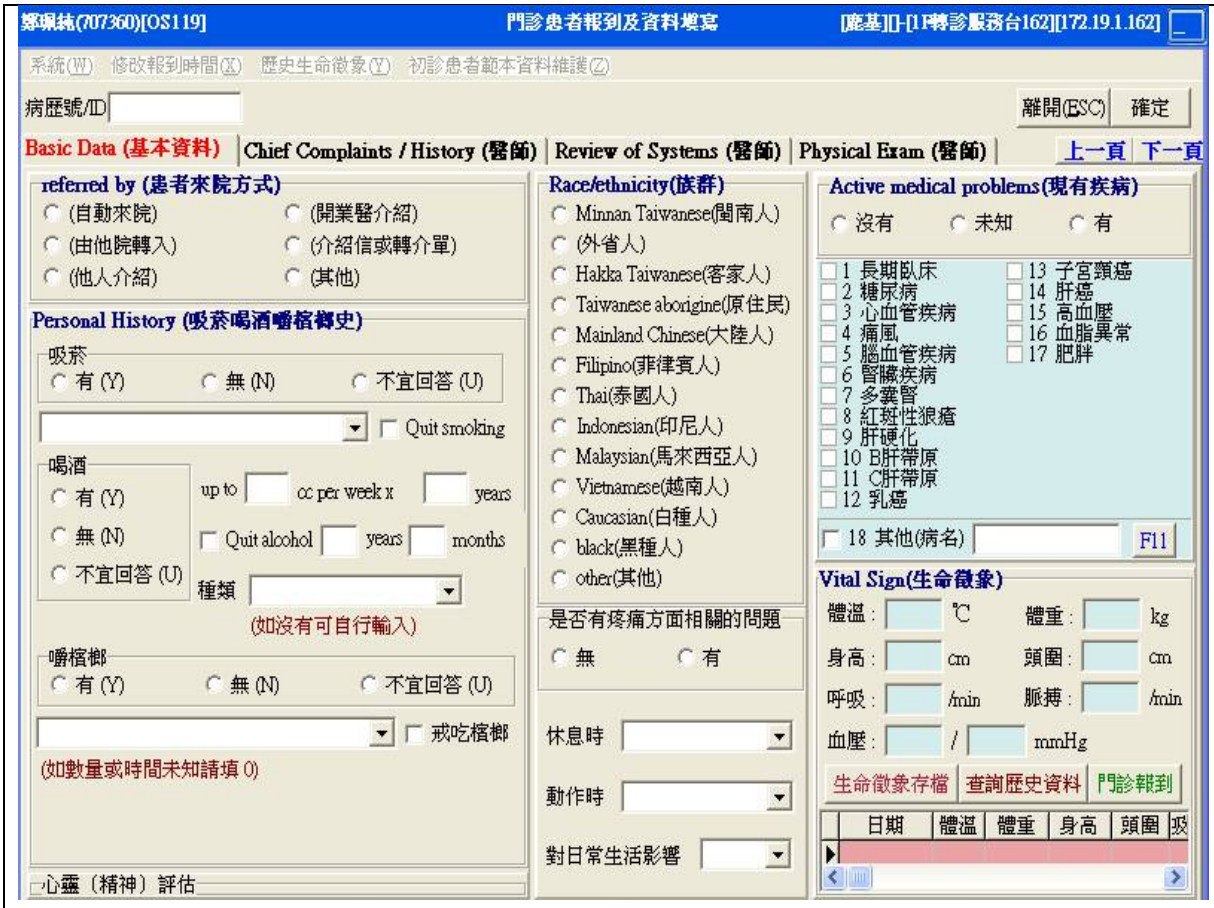
【現況】(檢視門診紀錄或電子作業軟體內容)

1. 初診：病人填寫初診資料時有問及健康史，包含菸、酒、檳榔，並輸入電腦，讓醫師看診時即可得知其健康史。

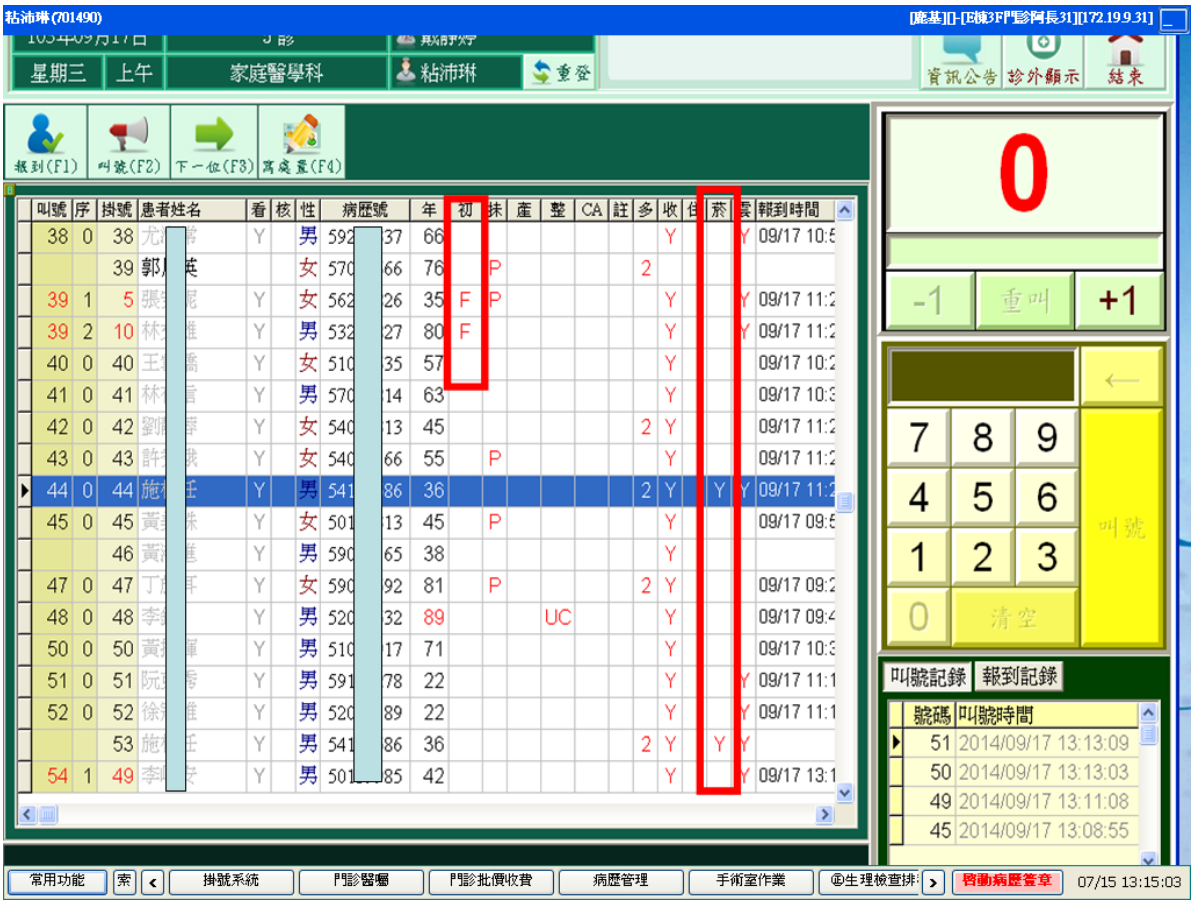


初診病人資料填寫：健康史、過敏史

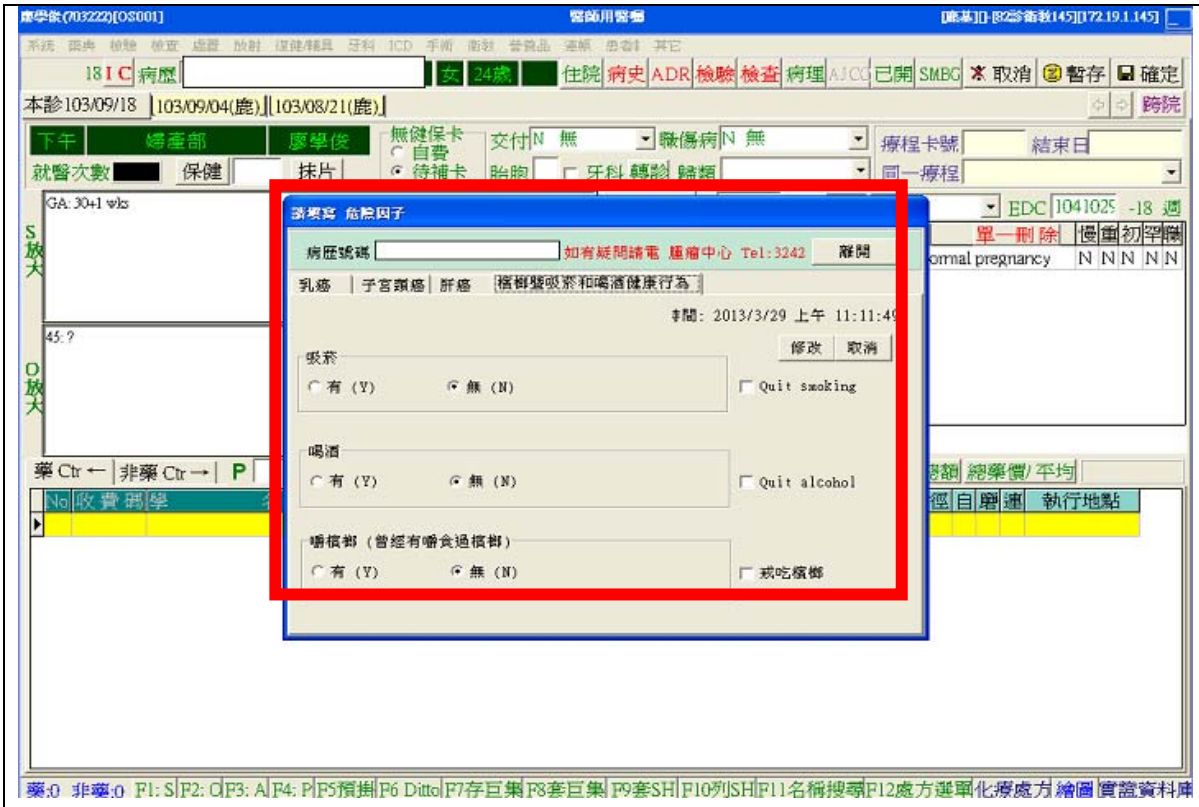
世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例



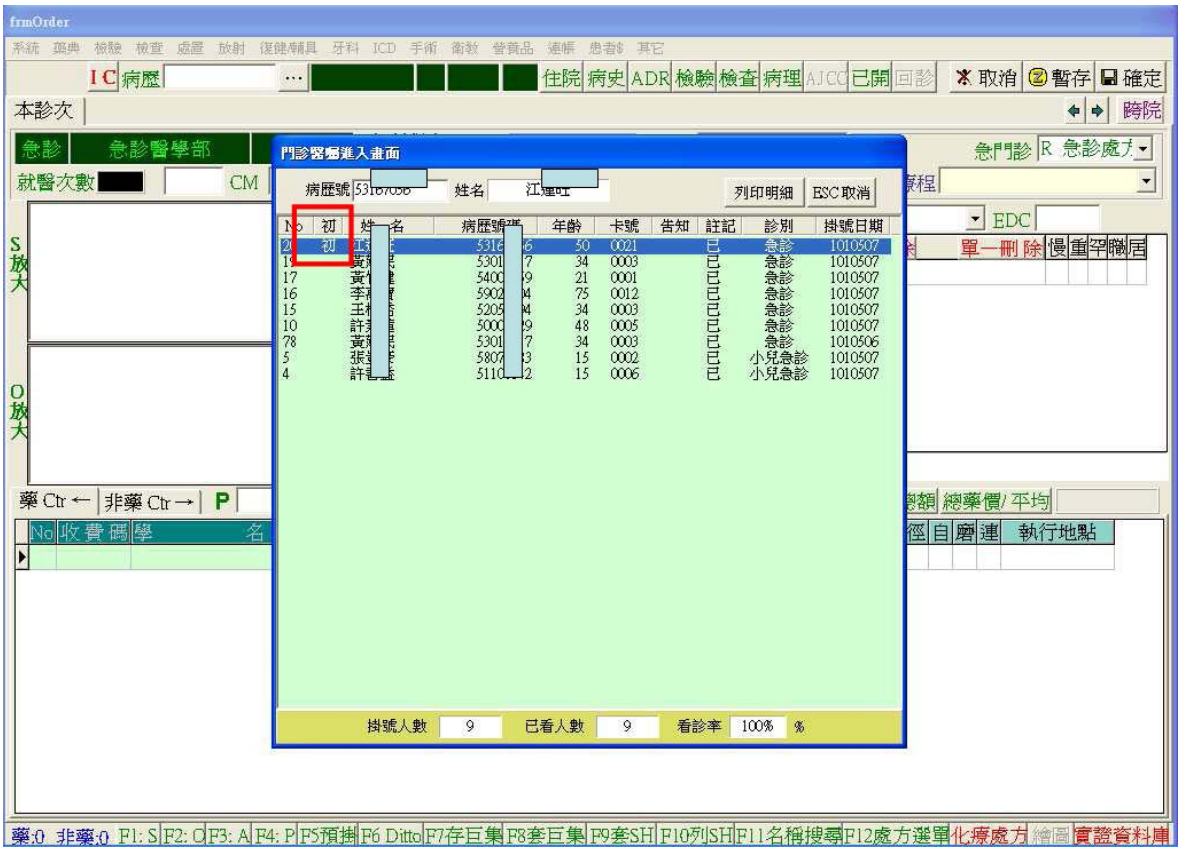
2.門診初診病人於診間報到病人名單中，即會顯示「初」診病人欄位符號!



世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

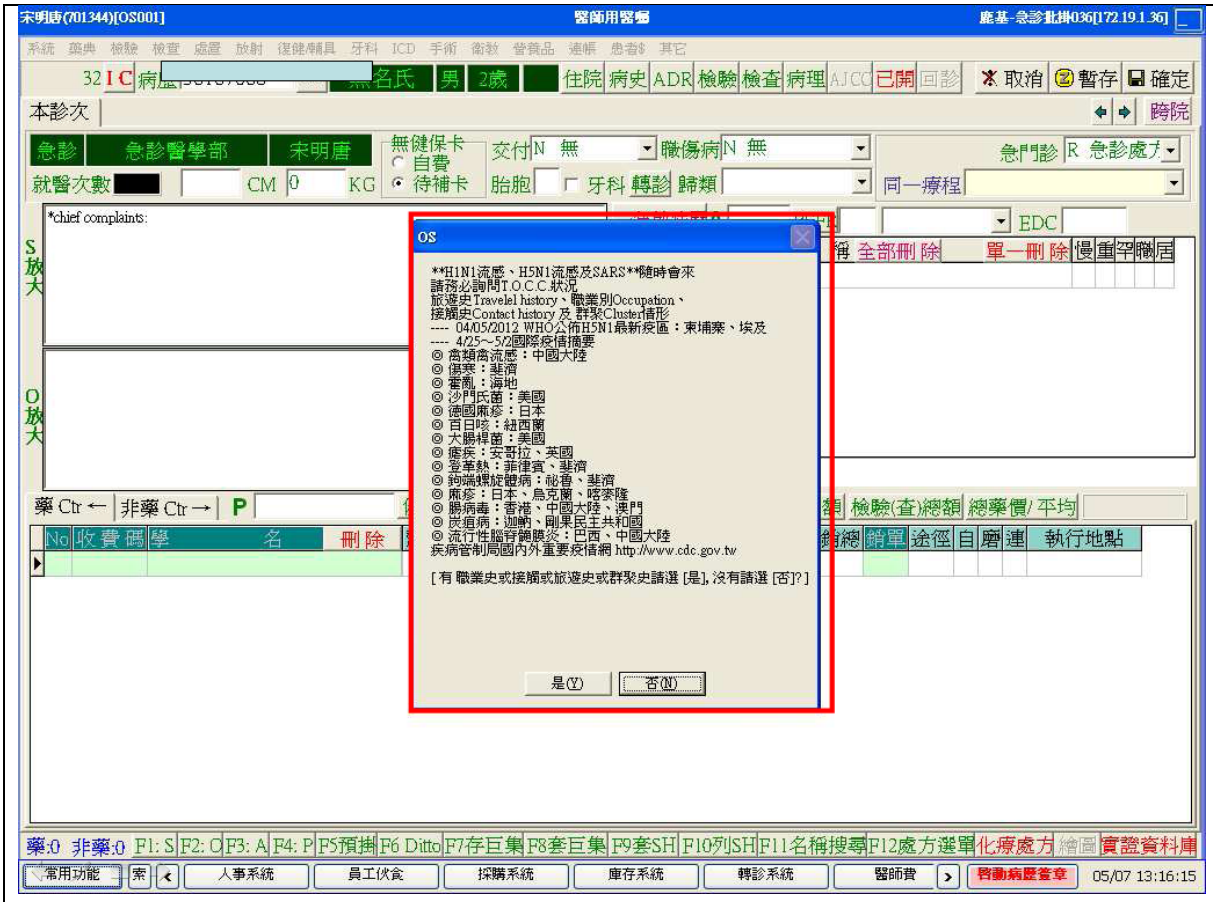


3.門診醫令進入畫面中若為初診病患，在資料的最前面皆會出現”初”字做提醒。



4.藥物過敏與不良反應的詢問後，接著在看診前會出現”H1N1流感TOCC的狀況及當週的國際疫情作為提醒”及勾選，提醒醫師記得詢問是否有TOCC的高危險如：旅遊史、職業史、接觸史、群聚史。

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例



做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：壢新醫院

2.2.2

There are guidelines / procedures for reassessing needs at discharge or end of a given intervention [Evidence: guidelines present].

有臨床指引或步驟，在病人要出院或臨床介入告一段落時，會重新評估其健康促進需要。(佐證：有相關的臨床指引。)

【現況】

一、本院設有出院準備服務小組，定有出院準備服務程序書，執行及稽核病人的健康促進需求

1.入院時有一套高危篩選評估表，評估時機如下：

(1)入院時

(2)住院中：星期二、五

2.出院時提供出院療養須知

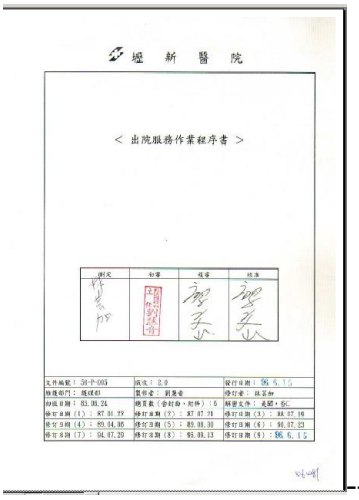
3.出院後電訪追蹤

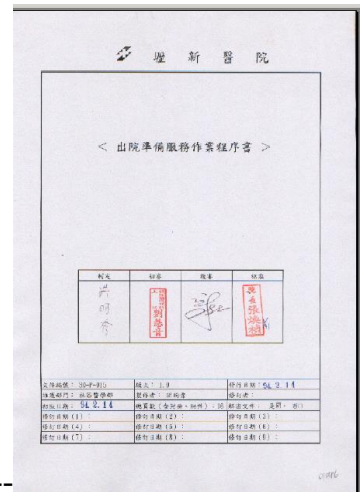
(1)出院後第三天

(2)出院後一星期

(3)出院後一個月

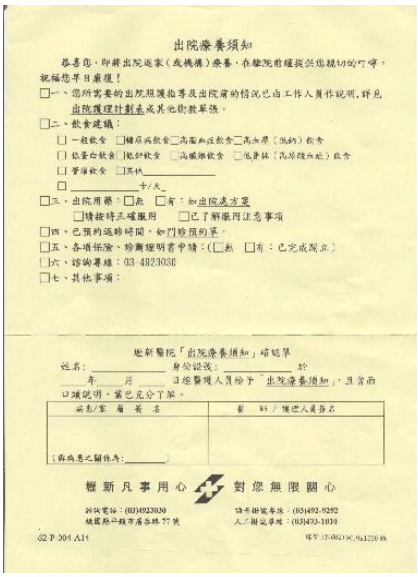
4.醫療團隊成員（包含醫師、社工師、復健師、營養師、護士、個管師等）針對病人出院計畫執行的狀況，進行檢討改進以確認出院準備計畫方向，並由出院準備服務個管師配合個案需求，提供轉診或轉介相關資料如居家服務、居家護理、安養護機構等，定期追蹤，並詳實紀錄，並存查於社區照護科出院準備服務組。





世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

(圖)高危篩選評估畫面



出院療養須知

恭喜您，即將出院返家(或機構)療養，在離院前謹提供應注意的叮嚀，祝福您早日康復！

□一、您所需要的出院照護指導及出院前的情況已由工作人員作說明，詳見出院護理計劃表或其他衛教單張。

□二、飲食建議：

□一般飲食 □糖尿病飲食□高血壓飲食□高血脂（低鈉）飲食

□低蛋白飲食□低鈉飲食 □高纖維飲食 □痛風（高尿酸血症）飲食

□管灌飲食 □其他_____

□ _____ 十/天

□三、出院用藥：□無 □有：如出院處方單

□請按時正確服用 □已了解服用注意事項

□四、已預約返診時間，如門診預約單。

□五、各項保險、診斷證明書申請：(□無 □有：已完成開立)

□六、諮詢專線：03-4823030

□七、其他事項：

耀新醫院「出院療養須知」確認單

姓名：_____ 身分證號：_____ 於

____年____月____日經醫護人員給予「出院療養須知」，且當面口頭說明，業已充分了解。

病患/家屬簽名	醫 師 / 護理人員簽名
(與病患之關係為:_____)	

耀新凡事用心 對您無限關心

門診電話：(03)4923030 住院總機：(03)492-9292

桃園縣平鎮市廣泰路77號 人力銀行專線：(03)493-1030

02 P 304 A14 印製：(2002)HC,06,1200 份

二、對於病人的病情陳述及要求能予反應、充分說明並記錄存查

1. 主治醫師依主治醫師迴診作業指導書平日每日必須親自巡診，所有主治醫師必須自己完成新住院病人住院迴診紀錄必須八小時內完成。如病人小夜班住院，各科值班主治醫師必須親自迴診該新病人。醫政課定期稽核主治醫師巡診情形。
2. 假日除部分醫師仍親自巡診外，各科必須按各科規定迴診該科每位病人至少一次，另有假日駐院值班主治醫師，負責各科病人巡診。
3. 針對約束病人必須告知家屬約束理由及可能的問題，開立暫時性約束的醫囑，在家屬簽屬約束同意書後執行。約束期間，醫護人員必須多次診察病人並記錄；如病人情況穩定，立即停止約束。品管處針對約束病人，定期訪視病人及家屬，由病人及家屬的意見，定期提出檢討。

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

2.2.2

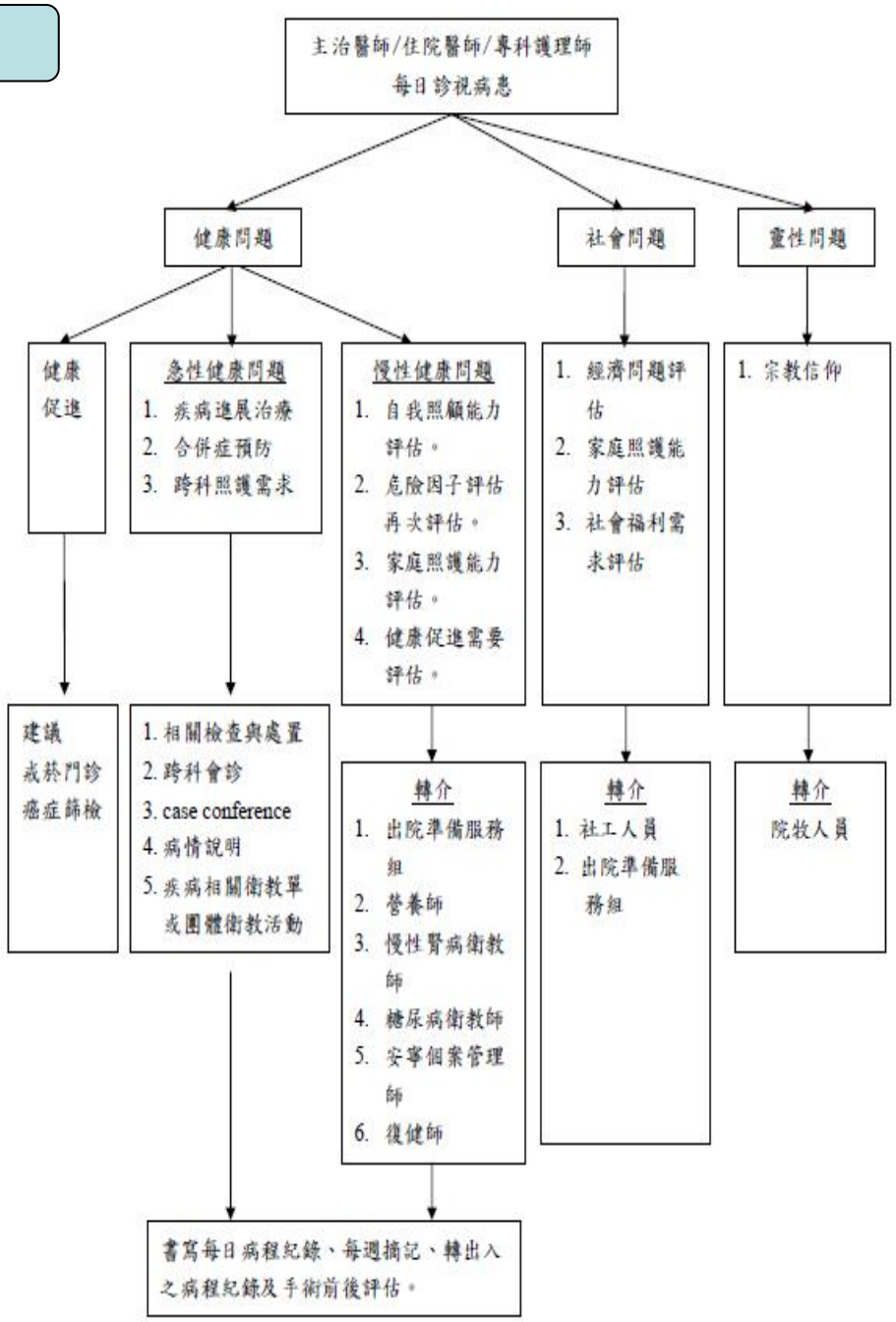
There are guidelines / procedures for reassessing needs at discharge or end of a given intervention [Evidence: guidelines present].

有臨床指引或步驟，在病人要出院或臨床介入告一段落時，會重新評估其健康促進需要。(佐證：有相關的臨床指引。)

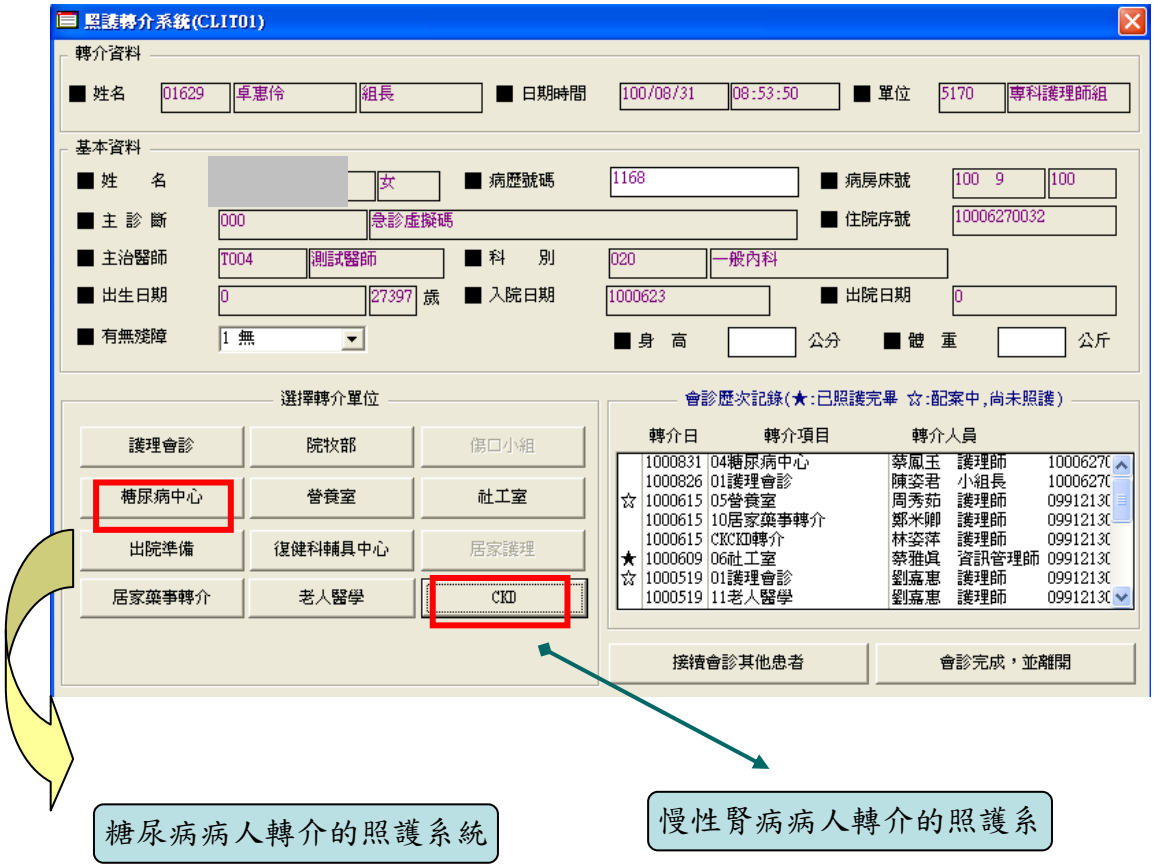
【現況】

1. 新病患入院後會由醫師、專科護理師與護理師做健康促進評估，針對病患的健康問題給予照護計畫，住院中若有營養問題予照會營養師；心靈與經濟問題會轉介院牧與社工人員協助，後續照護問題即轉介出院準備服務組；針對慢性病持續照護，可會診慢性腎病衛教師及糖尿病衛教師作更進一步衛教指導。

住院中臨床照護指引

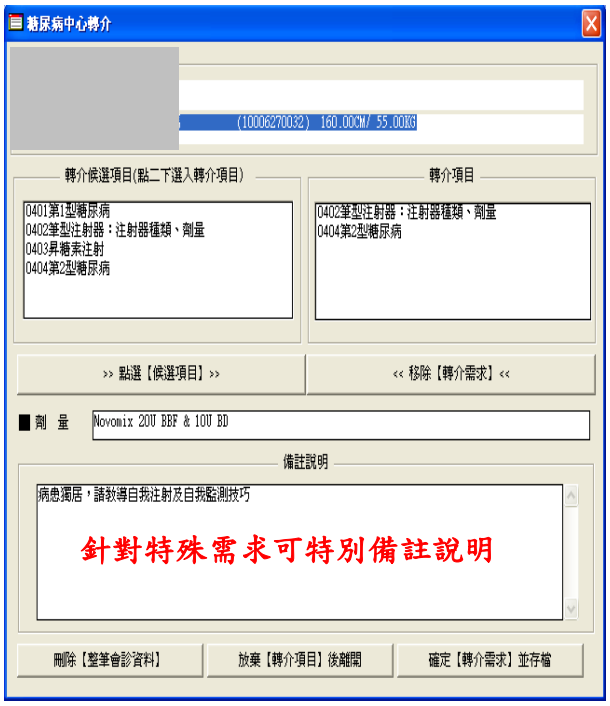


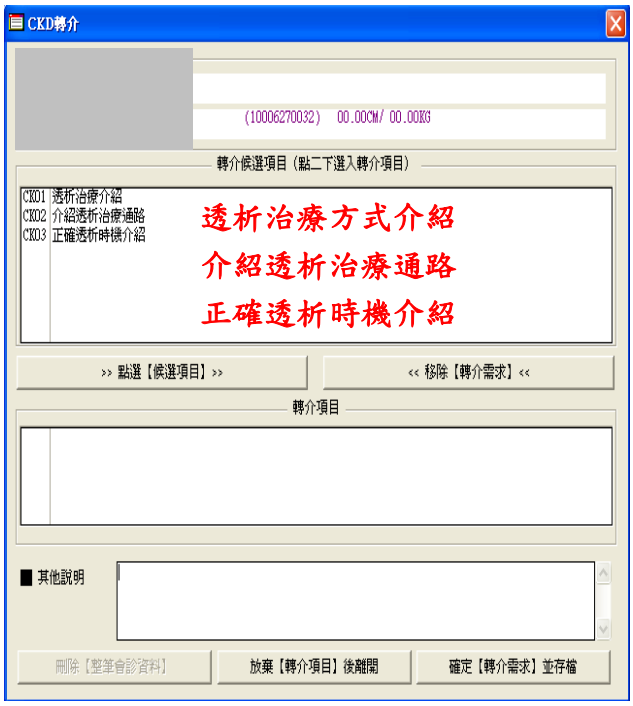
世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例



糖尿病病人轉介的照護系統

慢性腎病病人轉介的照護系





2. 針對不同的病人群體出院前，會安排相關團隊給予出院衛教，出院時會給予「出院衛教指導」。

出院時

主治醫師/住院醫師/專科護理師當日診視病患

↓

與病患及家屬說明此次住院治療情形，並准許出院

↓

住院醫師/專科護理師
協助主治醫師開立出院醫囑

↓

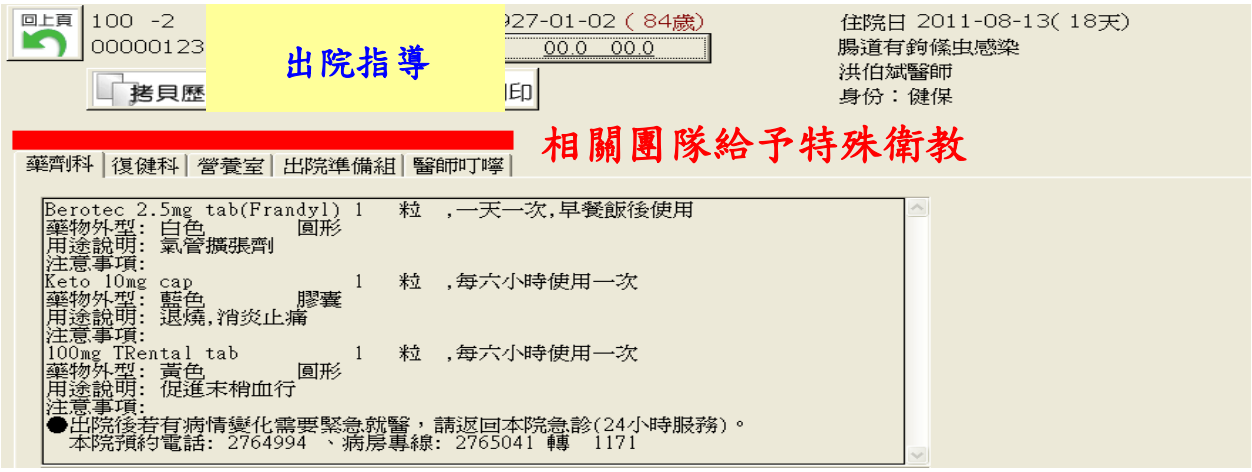
出院時健康促進需要評估

↓

出院手續	轉介
1. 出院衛教(疾病)	1. 通知出院準備組(機構照護)
2. 藥物使用衛教	2. 轉介社區護理(戒菸、戒檳、戒酒)
3. 氧氣使用說明	3. 慢性腎臟病個管師
4. 預約門診時間	4. 癌症個管師

↓

書寫出院衛教、出院病摘

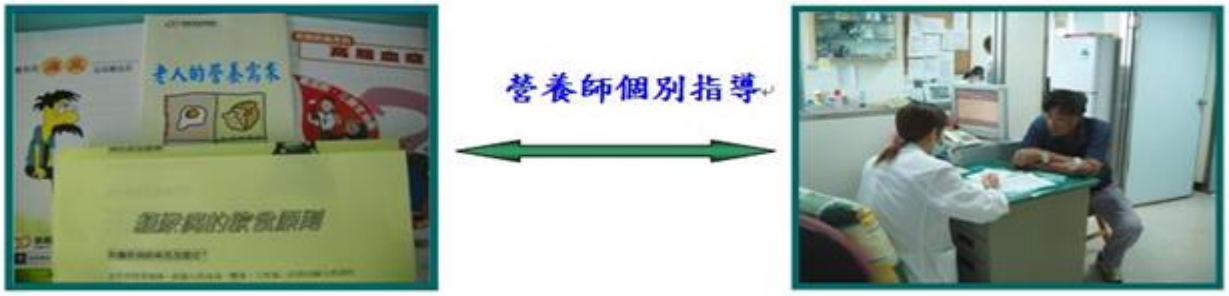


世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

3.住院中針對病患之相關健康問題而做照會或轉介。

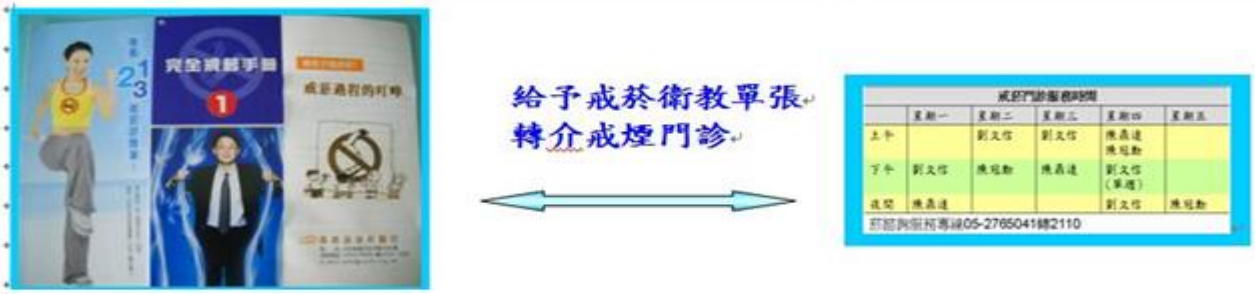
營養問題

轉介營養師 → 營養師回覆 → 回覆完成率



抽菸問題

健康評估 → 相關衛教 → 出院指導



做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：光田醫療社團法人光田綜合醫院

2.2.2

There are guidelines / procedures for reassessing needs at discharge or end of a given intervention [Evidence: guidelines present].

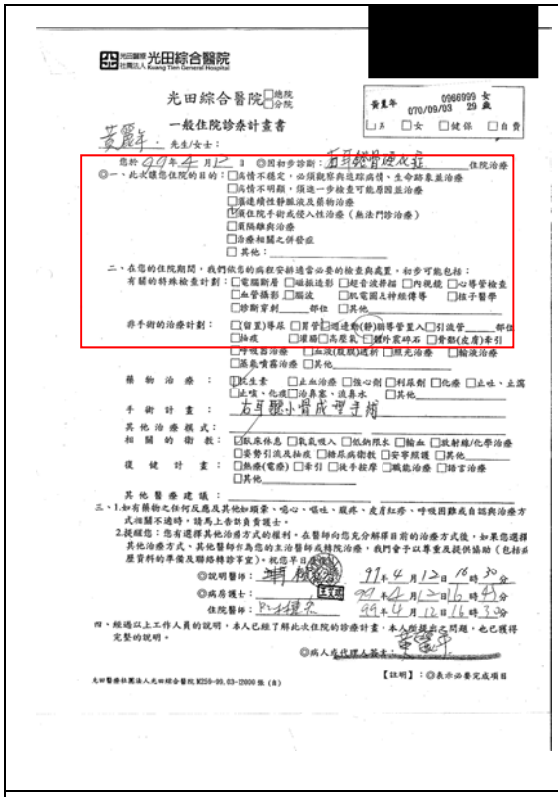
有臨床指引或步驟，在病人要出院或臨床介入告一段落時，會重新評估其健康促進需要。(佐證：有相關的臨床指引。)

【現況】

一、明確訂定「一般住院診療計畫書」、「疾病別住院診療計畫書」共 103 項及配合癌症診療品質認証執行診療前擬定癌症治療計畫，內容包含住院目的、診斷、治療經過、檢查計畫、治療計畫、護理計畫、復健計畫以及記錄說明計畫的時間及過程。

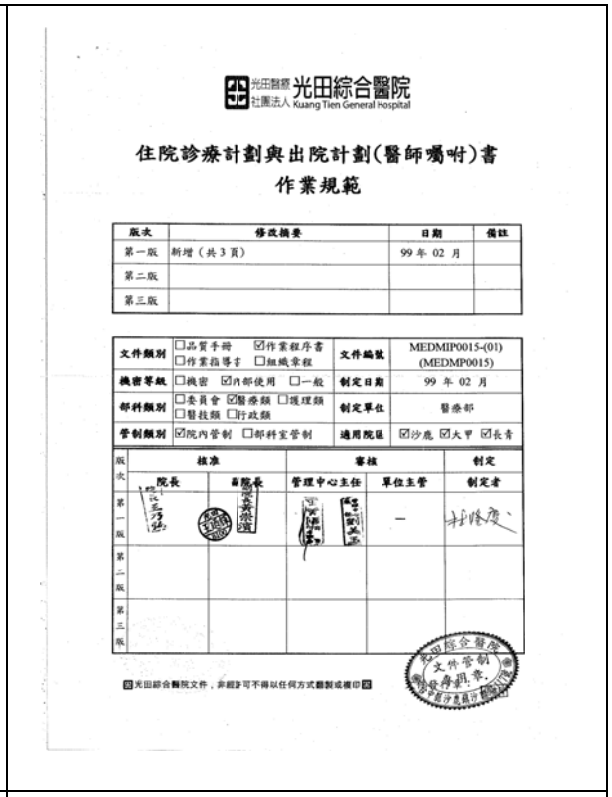
1.說明地點於門、急診經由主治醫師向病人說明住院之目的，並說明預計安排的檢查計劃或治療計畫由醫師與病患或家屬共同簽名，並將住院診療計畫記錄留存病歷。

2.住院診療計畫書 e 化與 HIS 系統結合方便醫護人員使用，入口系統設置於 HIS 院內入口資訊網頁，並訂有標準作業程序書且每年定期修訂。



光田綜合醫院

光田綜合醫院 一般住院診療計畫書



光田醫療社團法人 光田綜合醫院 Kuang Tien General Hospital

住院診療計劃與出院計劃(醫師囑咐)書

作業規範

版次	修改摘要	日期	備註
第一版	新增（共 3 頁）	99 年 02 月	
第二版			
第三版			

文件類別	□品質手冊 ☑作業程序書 □作業指導書 □組織案程	文件編號	MEDMIP0015-(01) (MEDMP0015)
機密等級	□機密 ☑內部使用 □一般	制定日期	99 年 02 月
部科類別	□委員會 ☑醫療類 □護理類 □醫技類 □行政類	制定單位	醫療部
管制類別	☑院內管制 □部科室管制	適用院區	☑沙鹿 ☑大甲 ☑長青

版次	核准		審核		制定
	院長	副院長	管理中心主任	單位主管	制定者
第一版				—	
第二版					
第三版					

光田綜合醫院文件，非經許可不得以任何方式翻製或複印

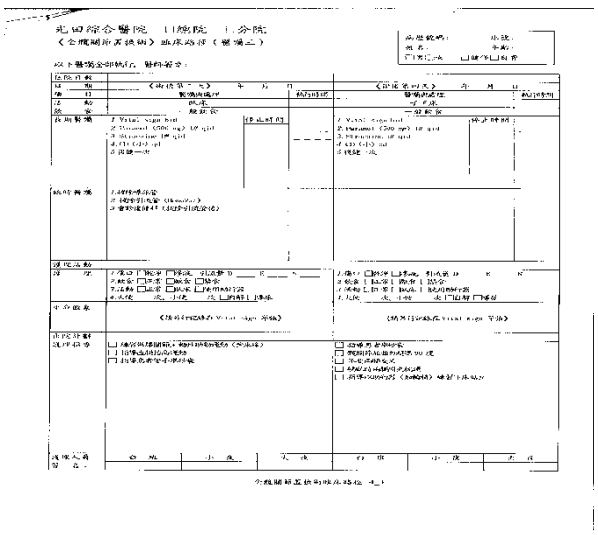
一般住院診療計畫書範例	住院診療計畫書標準作業程序

二、臨床路徑

1.本院全面品質管理委員會成立臨床路徑工作小組，主要召集人為委員會指派醫師負責，其成員包括醫療、護理及醫事部門，主要負責訂定全院路徑之修訂及資訊化作業之監測。

2.臨床路徑內容定期修訂，內容含檢驗項目、藥品使用頻率及劑量。住院診療計畫書書寫明確、並設有標準使用辦法。亦訂定 34 項臨床路徑，以資訊化作業有效執行確保品質，每年定期檢討修訂。

3.照護流程中執行及監測管理 ：路徑醫囑及病人照護流程(每日)。



臨床路徑每日執行治療計畫

臨床路徑執行病人護理活動照護說明

三、出院前以予衛教說明各疾病別出院後計畫，共制定有 100 項讓病人或家屬了解回家後配合及應注意事項。

出院診療計畫書標準作業程序

一般出院診療計畫書範例

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：臺中榮民總醫院

2.2.2

There are guidelines / procedures for reassessing needs at discharge or end of a given intervention [Evidence: guidelines present].

有臨床指引或步驟，在病人要出院或臨床介入告一段落時，會重新評估其健康促進需要。(佐證：有相關的臨床指引。)

一、「住院診療計畫說明書」清楚說明住院診療計畫：

依疾病別明確訂定「住院診療計畫說明書」99 份（**圖一**），內容包括（1）健康狀況、症狀：住院原因（2）住院診療計畫的概要：診斷、治療或處置、預期效果及注意事項；門、急診經由主治醫師向病人說明住院之目的，並說明預計安排的檢查計劃或治療計畫由醫師與病人或家屬共同簽名（**圖二**），並將住院診療計畫記錄留存病歷。

二、依「醫療照護管理程序書」執行治療及照護：

各醫療團隊依疾病別或特殊治療訂有「醫療照護管理程序書」1000 份以上，且每 2 年定期修訂。程序書中明確說明診療過程及各專業之權責，提供病人跨專業團隊之診治，包括在病人要出院或臨床介入告一段落時重新評估其健康促進需要，並視需要予衛教及轉介服務（**圖三、圖四**）。

三、完善「出院準備服務」，正確評估病人出院後之健康促進需要：

（1） 訂有「病人出院管理程序書」、「出院準備服務管理程序書」明確規範病人出院相關程序及出院準備程序，出院準備服務開始予入院時，並依病人診治情形及復原狀況，持續評估提供出院所需之衛教及自我照顧技巧，並加以評核病人或照顧者之執行能力（**圖五**）。

（2） 住院期間及出院前護理人員依病人需要提供出院衛教及準備，並紀錄於病歷中。護理部每月評核各病房護理過程，強調護理過程的完整性包括持續性評估及出院準備服務（**圖六**）。

（3） 以住院精神病人為例：入院即開啟出院準備服務（**圖七**），在要出院或臨床介入告一段落時，醫療小組會共同評估其健康促進需要，如精神復健就轉介日間病房，或持續藥物治療及居家狀況調適而轉介精神居家訪視（**圖八**），病人出院後執行電話訪視瞭解居家狀況（**圖九**）。

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

臺中榮民總醫院

住院診療計畫說明書一覽表　修訂日期：20150330

項次	文件編號	文件名稱	版次	實施日期	訂定單位
1	03-AIR-01	全身性紅斑狼瘡	B	20150330	過敏免疫風濕科
2	03-AIR-02	多發性肌炎及皮肌炎	B	20150330	過敏免疫風濕科
3	03-AIR-03	痛風關節炎併發	B	20150330	過敏免疫風濕科
4	03-AIR-04	硬皮症	B	20150330	過敏免疫風濕科
5	03-AIR-05	類風濕性關節炎	B	20150330	過敏免疫風濕科
6	03-AIR-06	僵直性脊椎炎	B	20150330	過敏免疫風濕科
7	03-RT-01	敗血性休克	B	20150330	呼吸治療科
8	03-RT-02	呼吸衰竭呼吸器倚賴照護	B	20150330	呼吸治療科
9	03-RT-03	急性呼吸衰竭	B	20150330	呼吸治療科
10	03-META-01	低血糖	B	20150330	新陳代謝科
11	03-META-02	糖尿病血糖控制不良	B	20150330	新陳代謝科
12	03-META-03	糖尿病足併感染症	B	20150330	新陳代謝科
13	03-META-04	糖尿病併高血糖急症	B	20150330	新陳代謝科
14	03-ENT-01	下咽癌	B	20150330	耳鼻喉部
15	03-ENT-02	口腔癌	B	20150330	耳鼻喉部
16	03-ENT-03	中耳炎	B	20150330	耳鼻喉部
17	03-ENT-04	扁桃腺周邊膿瘍	B	20150330	耳鼻喉部
18	03-ENT-05	突發性耳聾	B	20150330	耳鼻喉部
19	03-ENT-06	深頸部感染	B	20150330	耳鼻喉部
20	03-ENT-07	喉癌	B	20150330	耳鼻喉部
21	03-ENT-08	慢性鼻竇炎	B	20150330	耳鼻喉部
22	03-ENT-09	睡眠呼吸中止症併打鼾	B	20150330	耳鼻喉部
23	03-ENT-10	鼻中隔彎曲併肥厚性鼻炎	B	20150330	耳鼻喉部
24	03-ENT-11	聲帶息肉或結節	B	20150330	耳鼻喉部
25	03-OBGY-01	子宮陰道脫垂	B	20150330	婦產部
26	03-OBGY-02	子宮頸癌	B	20150330	婦產部
27	03-OBGY-03	子宮體(內膜)癌	B	20150330	婦產部

臺中榮民總醫院

住院診療計畫說明書一覽表　修訂日期：20150330

項次	文件編號	文件名稱	版次	實施日期	訂定單位
82	03-INF-07	蜂窩性組織炎	B	20150330	感染科
83	03-PSY-01	思覺失調症	C	20150330	精神部
84	03-PSY-02	憂鬱症	B	20150330	精神部
85	03-PSY-03	躁鬱症	B	20150330	精神部
86	03-NEUR-01	急性神經根炎	B	20150330	神經內科
87	03-NEUR-02	重症肌無力	B	20150330	神經內科
88	03-NEUR-03	失智症	B	20150330	神經內科
89	03-NEUR-04	多發性硬化症	B	20150330	神經內科
90	03-NEUR-05	神經根病變	B	20150330	神經內科
91	03-NEUR-06	脊髓病變	B	20150330	神經內科
92	03-NEUR-07	腦中風	B	20150330	神經內科
93	03-NEUR-08	周邊神經病變	B	20150330	神經內科
94	03-NEUR-09	巴金森氏症	B	20150330	神經內科
95	03-NEUR-10	癲癇	B	20150330	神經內科
96	03-NEUR-11	肌肉病變	B	20150330	神經內科
97	03-NEUR-12	常壓性水腦症	B	20150330	神經內科
98	03-OPH-01	視網膜剝離	B	20150330	眼科部
99	03-TCM-01	中西醫合治病房腦中風	B	20150330	傳統醫學科

圖一住院診療計畫說明書一覽表-共計 99 份

臺中榮民總醫院

住院診療計畫說明書

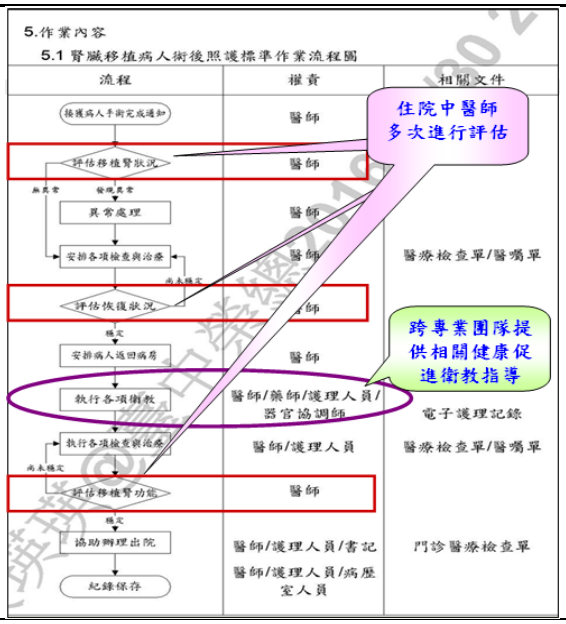
（心臟衰竭）

科　別：_____病床號：_____
索引號：_____性別：_____
姓　名：_____
出生年月日：_____

說明時間	_____年_____月_____日_____時_____分
說 明 者	說明醫師：_____
說明對象	□本人 □配偶 □子女 □孫子女□父母 □兄弟姐妹 □法定代理人 □其他_____
說明內容	您的主治醫師為：_____醫師 首先祝您早日康復！本院醫療團隊本著全人醫療照護的理念與人權考量，重視您就醫的各項權利，為使您對整體醫療照護有進一步的瞭解，並減少您不必要的焦慮，特制訂本說明書。 （一）健康狀況、症狀 A.入院暫定診斷：心臟衰竭，簡要說明如下： 心臟衰竭，為心搏量不足身體需求而造成的複合症候群，包括氣喘、倦怠、呼吸急促、心搏過速、腳部囉音、心臟擴大、心室奔馳節律及周邊水腫。 B.住院原因(主要醫療問題)： □主要症狀_____ □異常檢查報告_____ □接受特別治療_____ □其他_____ （二）住院診療計畫的概要 A.診斷（檢查檢驗）： 1. 常規檢查：□血液學 □生化檢驗 □尿液 □放射線影像檢查 2. 根據症狀安排相關之檢查，如下： □ 冠狀動脈造影術　□ 心臟超音波 □ 冠狀動脈介入性治療 □ 心臟節律器治療 □ 其他_____ B.治療或處置： ＊主要藥物治療： □心臟內科藥物治療 □其他_____
	＊主要處置： 1.監測體溫、生命徵象變化 (頻次依病情需要做調整)。 2.依病況給予：□氧氣 □傷口照護 □監測血糖 □監測尿量或體重 □強心劑 □絕對臥床休息 □放置鼻胃管 □放置尿管 □氣管插管 □其他_____ 3.依病況安排：□營養衛教和飲食調整 □復健運動 □其他_____ 經評估若有需要，會照會其他專科醫師、且醫療照護團隊將因病情改變，在衡量病人利益下作醫療計畫之修正，若有任何問題，您可向醫護人員反應，我們將會協助處理。 C.預期效果及注意事項： 治療心臟衰竭的短期目標在減輕症狀、改善生活品質。長期目標在減慢、終止或改善左心室功能的異常，以延長病人的壽命。控制高血壓、糖尿病和心肌缺氧，可預防心肌受損，改善受損的心室功能。中、重度心衰竭時，須限制活動量和臥床休息，肥胖者須減肥，限制卡路里之吸收量，限制鈉鹽之攝取(＜2 gm/day)，避免精神之刺激並給予精神支持。一般而言，病人經適當的治療後，必須遵照醫囑確實用藥與定期追蹤，才能達到最大的治療效果。
瞭解程度是否同意 簽名處	經由以上說明， □我已瞭解目前診療計畫及疾病可能發生之風險，同時理解疾病診斷因病情變化仍可能持續修正、也可能產生罕見或無法預期之變化，並同意接受本院照護團隊之醫療處置與治療。 □我不瞭解，需徵詢第二意見 立同意書人：_____時間：___年___月___日___時___分 立同意書人非病人本人者，請加填下述資訊： 關係：病人之_____身分證號：_____電話：_____

圖二疾病別（心臟衰竭）住院診療計畫說明書

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例



圖三依疾病別或特殊治療
訂有標準作業程序書

圖四跨團隊評估出院照護需求
並提供衛教及轉介服務

日期	時間	衛教項目	執行	評值		
			執行者	評值結果	病人/家屬	評值者
105/06/26	08:23	A04.按時服藥	林佳欣			
105/06/26	08:23	F01.復健	林佳欣			
105/06/26	08:23	F05.預防跌倒	林佳欣			
105/06/30	10:49	A04.按時服藥		能正確執行	蕭 珊	楊雙鈺
105/06/30	10:49	F01.復健		能正確執行	蕭 珊	楊雙鈺
105/06/30	10:49	F05.預防跌倒		能正確執行	蕭 珊	楊雙鈺

評估健康促進需要

執行衛教

評值結果

圖五持續並提供病人出院後之健康促進需要

病房	人數	總品質	名次	評估	計畫	實施	評值	出院準備服務	感染控制	倫理	給藥
W96	8.0	97.15	10	98.96	96.82	96.53	98.75	100.0	98.44	97.92	93.75
W95	5.0	98.94	9	100.0	99.29	98.56	100.0	100.0	98.33	100.0	100.0
NICU	3.0	98.87	12	100.0	100.0	98.15	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ICU2	3.0	99.51	3	96.67	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ICU1	3.0	98.48	19	100.0	98.61	97.91	100.0	100.0	96.67	100.0	94.44
CCU	3.0	98.29	22	98.33	100.0	97.63	100.0	91.67	100.0	100.0	100.0
TOTAL	205.0	98.4		98.29	98.26	98.35	98.99	99.41	98.2	99.51	97.64

圖六重視護理過程的完整性包括持續性評估及出院準備服務

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

臺中榮民總醫院
出院計畫表

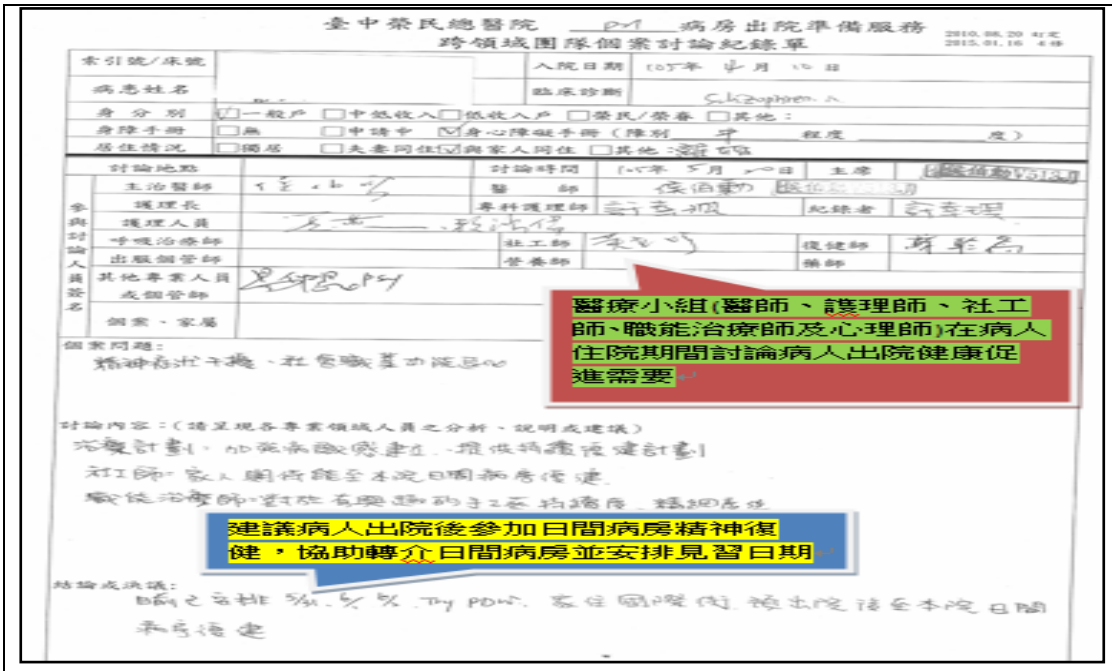
ID	[redacted]	Birthday	54/02/07 (1965)	Bed Number	P21-062	Section	精神科
Name	[redacted]	Age	51 year(s) old	Gender	男	Admission Date	105/04/10 (2016)
診斷	Simple schizophrenia						

計劃

- 主要照顧者：姓名：[redacted] 電話：[redacted] 與病人關係：兄弟姊妹，住址：[redacted]
  照顧者情況
  照顧者能力：有照顧技巧
  照顧動機：有動機
- 衛教對象：[redacted] 與病人關係：親戚，接受衛教能力：可
- 衛教項目：A04.按時服藥，G03.心理情緒調適，H02.緊急送診情況
- 準備用物及建議：
  設備：無
  耗材：無
- 預計出院後去處：回家
- 填寫計劃日期：2016/4/10
- 上次簽章：邵聖允

病人一入院即開啟出院準備服務

圖七入院即開啟出院準備服務



臺中榮民總醫院 P21 病房出院準備服務
跨領域團隊個案討論紀錄單

索引號/床號		入院日期	105年 4月 10日
病患姓名		臨床診斷	Schizophrenia
身分別	☑一般戶 ☐中低收入 ☐低收入戶 ☐榮民/榮眷 ☐其他：		
身障手冊	☐無 ☐申請中 ☑身心障礙手冊（障別 3 程度 重度）		
居住情況	☐獨居 ☐未婚同住 ☑與家人同住 ☐其他：獨居		
討論地點		討論時間	105年 5月 20日 主席
主治醫師		醫師	
護理長		專科護理師	紀錄者
護理人員			
物理治療師		社工師	復健師
出院個管師		營養師	藥師
其他專家人員			
成個管師			
個案、家屬			

醫療小組(醫師、護理師、社工師、職能治療師及心理師)在病人住院期間討論病人出院健康促進需要

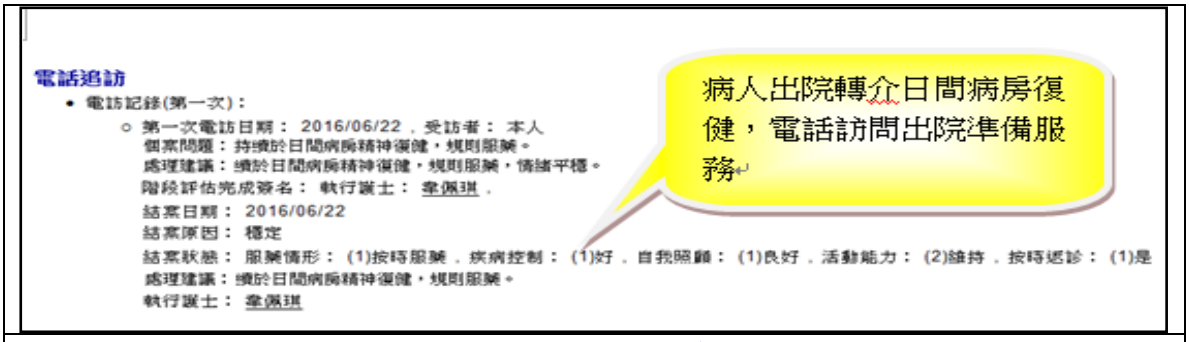
個案問題：
精神科出院、社會職業功能低

討論內容：(請呈現各專業領域人員之分析、說明及建議)
出院計劃：加強家庭支持，提供持續復健計劃
社工師：家人關係能至本院日間病房復健
職能治療師：對於有興趣的主題持續追蹤，建議轉介

建議病人出院後參加日間病房精神復健，協助轉介日間病房並安排見習日期

結論及決議：
已轉介至日間病房，家住國際街，預出院後至本院日間病房復健

圖八出院或臨床介入告一段落，醫療小組會共同評估其健康促進需要



電話追訪

- 電訪記錄(第一次)：
  - 第一次電訪日期：2016/06/22，受訪者：本人
    個案問題：持續於日間病房精神復健，規則服藥。
    處理建議：續於日間病房精神復健，規則服藥，情緒平穩。
    階段評估完成簽名：執行護士：韋佩琪，
    結案日期：2016/06/22
    結案原因：穩定
    結案狀態：服藥情形：(1)按時服藥，疾病控制：(1)好，自我照顧：(1)良好，活動能力：(2)維持，按時送診：(1)是
    處理建議：續於日間病房精神復健，規則服藥。
    執行護士：韋佩琪

病人出院轉介日間病房復健，電話訪問出院準備服務

圖九電話追蹤出院後狀況

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院
2.3.1 Information from referring physician or other relevant sources is available in the patient’s record [Evidence: for all patients referred from physician]. 在病人的病歷上可查到轉介醫師或其它相關來源所提供的資料。(佐證：經轉介來院的病人病歷記錄。)
【現況】(檢視病歷中是否有納入先前照護單位所提供的評估資料或健康促進需要，例如有記錄：轉介醫師建議減重、戒菸或復健) 成果 一、轉院病人轉診資料包含： 1. 轉診單：內容陳述病患診斷、發病經過、症狀、處置治療、檢查項目、過去病史、藥物過敏史、轉診目的等。 2. 檢查報告：包含各項血液、尿液、動脈氣體分析、X 光光碟片、心電圖報告等。 3. 急救車轉診使用急重症病人院際間轉診記錄表。 二、轉診單及所有檢查報告均依病歷規範附於病患病歷上，並皆可查詢 本院病歷書寫規範訂有病歷基本編排順序，病患轉診單、他院或本院之病摘及報告單、護理記錄、護理診斷及護理活動記錄、出入院護理摘要、出院準備服務照會單、居家護理轉介單、衛教單、出院診療計劃說明書等項目。 參考附件：231-1
做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：壢新醫院

2.3.1

Information from referring physician or other relevant sources is available in the patient's record [Evidence: for all patients referred from physician].

在病人的病歷上可查到轉介醫師或其它相關來源所提供的資料。(佐證：經轉介來院的病人病歷記錄。)

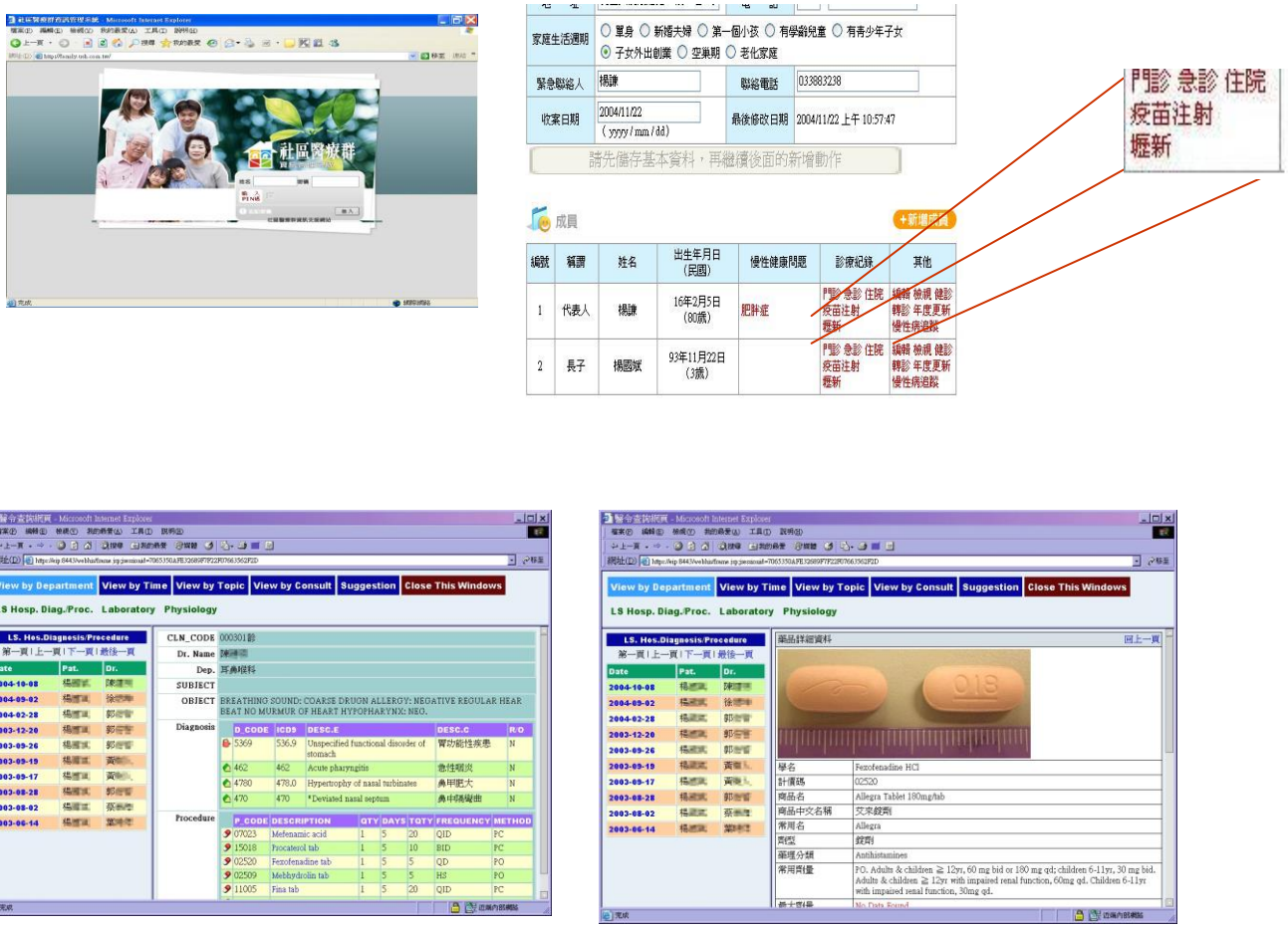
【現況】(檢視病歷中是否有納入先前照護單位所提供的評估資料或健康促進需要，例如有記錄：轉介醫師建議減重、戒菸或復健)

一、適切的轉診

1. 本院執行轉診業務依據作業流程：轉診服務作業程序書、壢新醫院附設機場醫療中心轉介病患之就診服務作業程序書。
2. 本院和 5 家醫學中心、7 家區域醫院、7 家地區醫院、23 家基層院所簽訂「醫療服務合約書」，合作條款包含轉診服務。簽約之醫療院所中，與醫學中心（如長庚醫院）、基層院所（如南桃園醫療群，共有 29 家院所）依據合作計畫書透過電子化進行轉診作業，以縮短病人轉診速度。
3. 本院同時於門診大樓 3 樓設有轉診諮詢櫃檯，另設有轉診服務專線 03-4923030 或 03-4941234 轉 2498、3427，提供醫療院所、民眾線上諮詢服務。

二、透過「社區醫療資訊平台」建立，可連結診合作機構病人診療紀錄

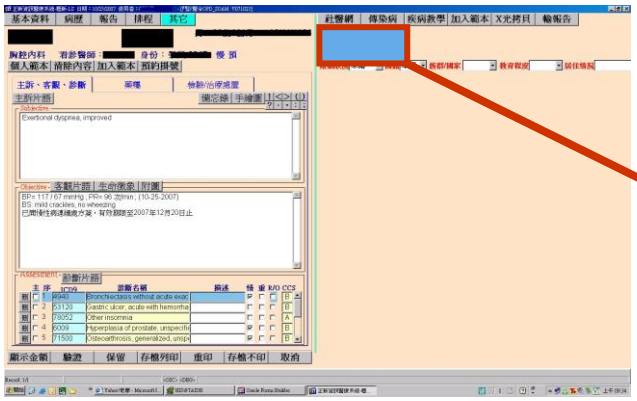
*診所端連結醫院診療紀錄



(圖)完整的就醫資料與用藥紀錄

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

*來院病人資料查詢



診間醫令按鈕連結至社區醫療網觀看病歷資料。

)門診診療紀錄:

就診日期	診斷	用藥	醫療單位	備註
2002/12/27	1) 4659急性上呼吸道感染，未明示位置者	1) VOREN TAB. 2) MUCOSOLVON MUBROXOL 3) STROCAINE SOWECAINE 4) Amantadine 100mg 5) Kinmedom Tablets 6) Scanol 7) VIT C 8) Diphenhydramine,NHCL 9) M03	[redacted]診所[redacted]	
2002/12/27	1) 4659急性上呼吸道感染，未明示位置者	1) VOREN TAB. 2) MUCOSOLVON MUBROXOL 3) STROCAINE SOWECAINE 4) Amantadine 100mg 5) Kinmedom Tablets 6) Scanol 7) VIT C 8) Diphenhydramine,NHCL 9) M03	[redacted]診所[redacted]	
		1) VOREN TAB.		

完成　網際網路

(圖)讓醫師了解轉診病患的診療紀錄

*診所平

	醫師	轉診日期 民國 93 年 10 月 7 日	有效日期 民國 93 年 10 月 8 日止
接受轉診醫院診所	處理情形	1. ○ 接受 2. ○ 等待中 3. ○ 拒絕 4. ○ 過期 5. ○ 未就診 6. ○ 已予適當處理並離院 7. ◉ 已安排門診檢查治療中	8. ○ 已住院治療 9. ○ 等床 10. ○ 其他 11. ○ 以予處理，建議事項如下
	治療摘要	1. 主診斷 (1)ICD-9 Code： 140 病名： twrtwetr (2)ICD-9 Code： 病名： (3)ICD-9 Code： 病名：	2. 治療手術或檢查結果
	院所	名稱：堀新醫院 電話：03-4941234 傳真：03-494[illegible] 電子信箱：3440@ush.com.tw	
	負責醫師	姓名：林浩健 科別：不分科 回覆日期：民國 93 年 10 月 7日 醫師簽章	
注意事項		123	
診療紀錄			

網際網路

診所平行轉診時可以觀看患者的歷史診療

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

門診診療紀錄:

就診日期	診斷	用藥	醫療單位	備註
2002/12/27	1) 4659急性上呼吸道感染，未明示位置者	1) VOREN TAB. 2) MUCOSOLVON MUBROXOL 3) STROCAINE SOWECAINE 4) Amantadine 100mg 5) Kinmedom Tablets 6) Scanol 7) VIT C 8) Diphenhydramine,NHCL 9) M03	診所	
2002/12/27	1) 4659急性上呼吸道感染，未明示位置者	1) VOREN TAB. 2) MUCOSOLVON MUBROXOL 3) STROCAINE SOWECAINE 4) Amantadine 100mg 5) Kinmedom Tablets 6) Scanol 7) VIT C 8) Diphenhydramine,NHCL 9) M03	診所	
		1) VOREN TAB.		

完成　網際網路

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：壢新醫院

2.3.2

The patient’s record documents social and cultural background as appropriate [Evidence: religion that requires special diet or other specific attention. Social conditions indicating that the patient is at risk].

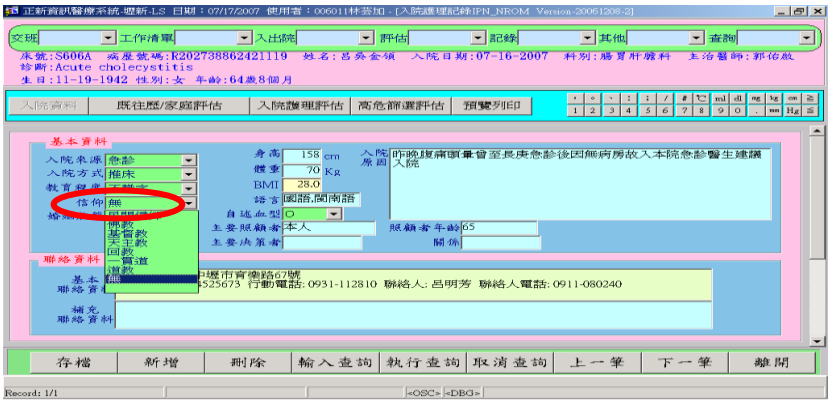
在病歷中適切地記載病人的社會及文化背景。(佐證：因宗教信仰所需特殊飲食或其他需要特別注意的事項。與病人風險有關的社會狀況。)

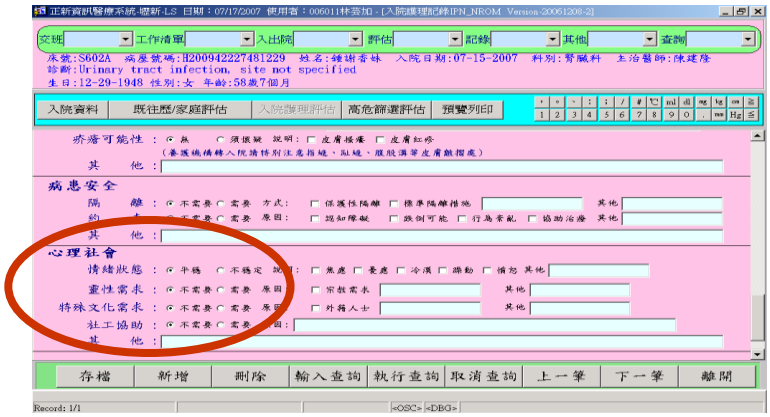
【現況】(檢視相關紀錄表單)

一、門診病歷詳實記載病況變化、檢查結果及治療方式，並向病人說明

依據醫師法第12條之規定，本院門診病歷均有詳實記載病況變化、檢查結果及治療方式，並向病人說明，內容含蓋有：

(1) 病人主訴及現在病史。
(2) 過去病史、家族史、藥物過敏史及旅遊史。
(3) 職業及工作概況。
(4) 理學檢查適當並於候診區及診間設置血壓計、體溫計、身高計、體重計，以供完整記錄評估病人。
(5) 處方，包括藥名、劑量、天數及服用方式，由醫師說明及臨床藥師再確認說明。
(6) 對於其他治療方式如手術，轉介它科或住院治療等，均可由治療計畫中作完整記錄及安排。
(7) 門診病歷均有主治醫師全名簽名或蓋章。
(8) 病人經主治醫師專業判斷後，提出適當檢查項目，目前的急單均可在 40 分鐘內，經專業醫檢師確認後得到結果，並有危險值的緊急通報，包含簡訊及電話通知，以使病人得到迅速、安全正確及整體之病情評估及診斷。
(9) 病人每次的治療效果均有完整紀錄評估以供追蹤參考。
(10) 病史獲取之對象有完整紀錄。
(11) 本院門診系統須登錄看診主治醫師密碼及指紋，以確認主治醫師親自看診。





世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

二、住院診療計畫評估及記載住院時身、心、社會的狀態。

(1) 住院病歷採電子病歷記載，醫師記錄住院病歷內容，除必須記載病人主訴、現在病史症狀、過去病史、家族病史、器官系統全身性回顧(systemic review)評估其身體機能、身體理學檢查包含一般外觀評估其營養狀況之外，也必須完成註記病人之嗜好(抽煙、飲酒、吃檳榔)、過敏史、及旅遊史等等特別事項，才能繼續輸入資料。

(2) 住院病歷中另有由護士採手寫方式，依照「護理評估記錄表」與「護理問題一覽表」，評估並記錄病患之營養狀況、身體機能、需要護理及照護程度、精神、心理及社經等狀況。

(3) 住院電子病歷中，醫師還須在器官系統全身性回顧(systemic review)之精神系統部份評估並記錄其精神、心理狀況，才能繼續輸入資料，並且於個人史部份完成婚姻狀態、族群、教育程度、職業、居住情況等之社經狀況記載。同時以手繪家系圖記載家族史，記載至少三代之家族重要慢性病、癌症、及各科特殊疾病等家庭關係與社經狀況之記載。

三、護理人員於病人入院時即進行入院護理評估和高危險篩選評估，評值病人之身體功能，每天依病人之主、客觀資料執行護理評估,並有完整之紀錄，包含社會文化背景。

做到程度：□0%，□25%，□50%，□75%，■100%

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

機構名稱：光田醫療社團法人光田綜合醫院

2.3.2

The patient’s record documents social and cultural background as appropriate [Evidence: religion that requires special diet or other specific attention. Social conditions indicating that the patient is at risk].

在病歷中適切地記載病人的社會及文化背景。(佐證：因宗教信仰所需特殊飲食或其他需要特別注意的事項。與病人風險有關的社會狀況。)

【現況】(檢視相關紀錄表單)

一、護理人員對病患作整體性評估後擬定護理計畫：

1.每位入院病人皆會填寫入院護理記錄及護理指導查檢表。入院護理記錄內容包含病人之教育程度、宗教信仰、職業、使用語言，婚姻狀況、家庭成員、同住者資料、經濟狀況、食物禁忌等。護理指導查檢表內容涵蓋生理、心理、社會層面。

入院護理記錄

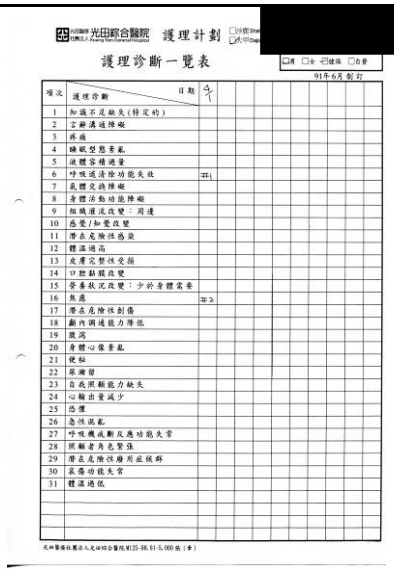
護理指導查檢表

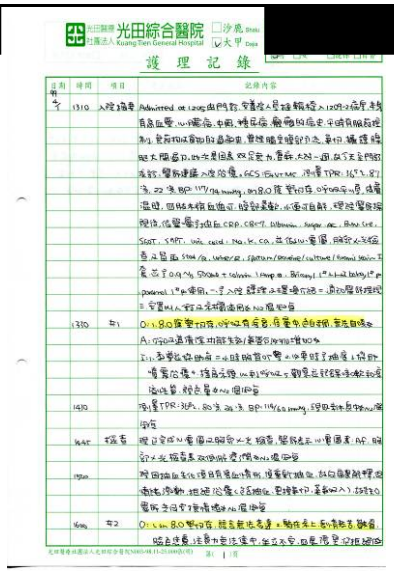
2.護理部共有護理計劃 90 項，其中共通性護理計劃 43 項，含括生理層面、心理層面、社會層面，以做為擬定護理計畫（包含護理問題、相關因素、定義性特徵、護理目標、護理措施及評值）之參考，提供病人持續性之照護。

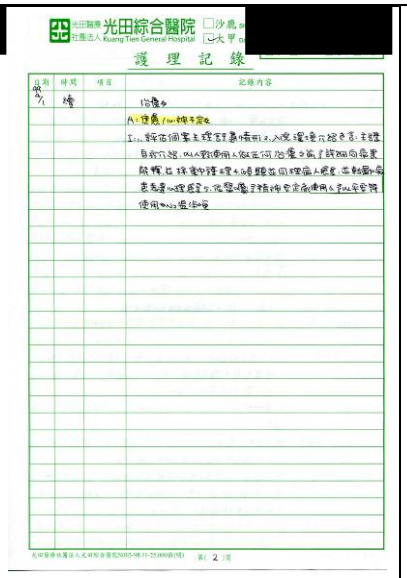
3.定期辦理在職教育，協助同仁能敏銳鑑別病人護理問題，給予個別性、詳盡、完整及適切之護理照顧。

4.依據病患疾病特性追蹤生理、心理、社會護理問題。

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例







#1 呼吸道清除功能失效 #2 焦慮	生理層面：生理問題照護	心理層面：病患焦躁不安，外勞看護，聯絡家屬看護，並有護身符使用

5.入院病患八小時之內需經護理評估及收集相關資訊後擬定護理計畫，並設立護理目標。新修訂之護理計畫在護理人員與病患或家屬溝通解釋病患之護理問題後，共同擬定護理目標再請家屬於護理目標之欄位簽名。

入院病患八小時之內需經護理評估及收集相關資訊後擬定護理計畫，並設立護理目標

世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例

6.依入院身體評估結果擬定護理計劃，並依危及生命、急性及潛在問題，依序依生理、心理問題、社會問題登錄於護理診斷一覽表。

護理問題7天評值1次

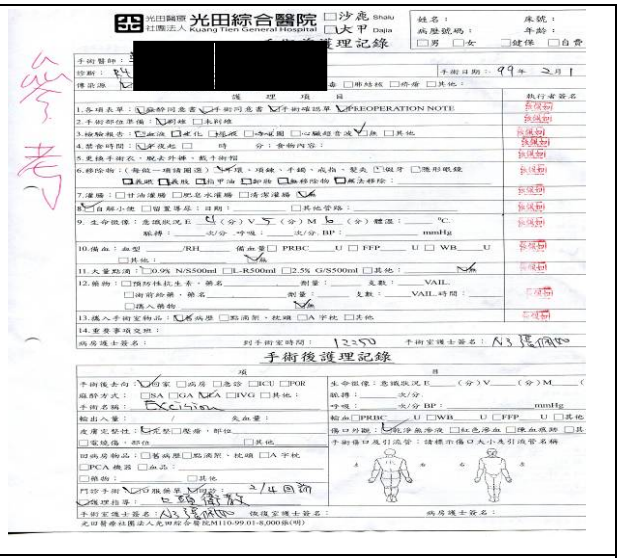
7.每項擬定之護理計劃設有護理目標與評值，每班評值病人狀況及身心之適應，必要時修改計劃。

8.單位有護理長、組長及資深工作同仁可協助提供指導與討論。

9.每項護理問題3-7天內必須評值一次，並且與病人討論護理目標及修正，如護理目標無法達成時，依病患實際臨床問題適時修訂護理目標及護理措施。

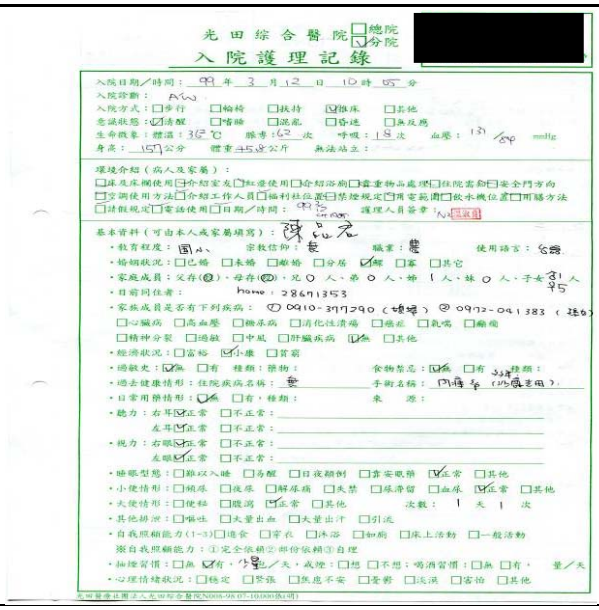
10.應用護理過程設計各類記錄表單(入院評估、身體評估、護理記錄、手術前後護理記錄、護理指導、出院計劃、出院護理記錄)協助護理人員進行護理評估、計劃及成效評值。

住院病患身體評估單



手術前護理紀錄

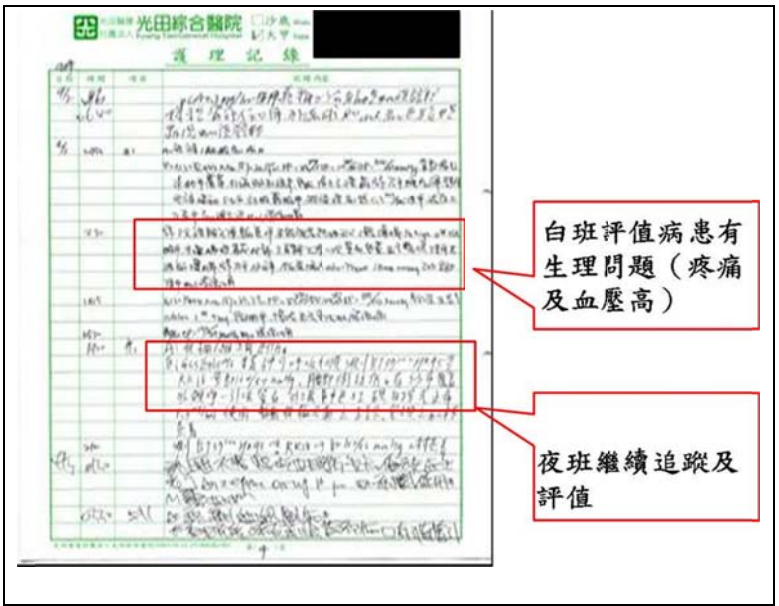
世界衛生組織健康促進醫院自我評估範例



入院護理紀錄

出院計畫表

11.每班依據病人實際病況評值，重症單位每班評值護理措施，病房單位於白班及小夜班評值病人護理措施，並適時給予修正。



每班依據病人實際病況評值

做到程度： □0%， □25%， □50%， □75%， ■100%