**入院护理评估记录单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | | | 年龄： | | | 病区：内科病房 | | | 床号： | | 住院号： | |
| 一、**一般资料** | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭社会情况：民族 ： | | | | | 职业：农民 | | 文化程度： | | | 婚姻状况：未婚 已婚 其他： | | | |
| 联系地址： | | | | | | | | 联系人及电话： | | | | | |
| 入院日期： 年 月 日 时 分 | | | | | | | | 人院方式：步行 轮椅 平车 其他： | | | | | |
| 入院原因： | | | | | | | | | | | | | |
| 入院诊断： | | | | | | | | | | | | | |
| 既往史： 高血压 心脏病 糖尿病 脑血管病 手术史 精神病 其他： | | | | | | | | | | | | | |
| 过敏史： 无 有 药物 食物： 其他： | | | | | | | | | | | | | |
| **二、护理评估** | | | | | | | | | | | | | |
| T: ℃ | | P： 次/分 | | | | R： 次/分 | | | BP: mmHg | | | | 体重： kg |
| 神 志：清楚 嗜睡 意识模糊 昏睡 浅昏迷 深昏迷 痴呆 | | | | | | | | | | | | | |
| 表 情：正常 淡漠 痛苦 紧张 | | | | | | | | | | | | | |
| 情 绪：稳定 烦躁 紧张 恐惧 焦虑 抑郁 绝望 | | | | | | | | | | | | | |
| 视 力：正常 视力缺失 失明 其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 听 力：正常 重听 失聪 其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 沟通能力： 正常 低下 无法沟通 | | | | | | | | | | | | | |
| 沟通方式： 语言 文字 手势 代诉 | | | | | | | | | | | | | |
| 理解能力： 良好 一般 差 | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔粘膜： 正常 充血 破损 霉菌感染 溃疡 | | | | | | | | | | | | | |
| 义 齿：无 有 | | | | | | | | | | | | | |
| 皮 肤：正常 水肿 黄疸 苍白 发钳 皮疹 淤斑 搔痒 | | | | | | | | | | | | | |
| 压疮：无 有 部位 分期 范围 | | | | | | | | | | | | | |
| 四 肢：正常 偏瘫 功能障碍 下肢水肿 其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 排泄情况：小便：正常 失禁 尿频 尿少 尿急 尿痛 尿潴留 尿管造口 其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 大便：正常 失禁 便秘 黑便 造口 | | | | | | | | | | | | | |
| 腹泻： 次/日 其他 | | | | | | | | | | | | | |
| ADL评分： 分 Braden评分： 分 Morse: 分 管道滑脱评分： 分 | | | | | | | | | | | | | |
| 体 型：正常 肥胖 消瘦 恶液质 | | | | | | | | | | | | | |
| 饮 食：正常：咸、甜、辛辣、油腻、清淡、其他 ，忌食  异常：食欲不振 吞咽困难 咀嚼困难 恶心呕吐 | | | | | | | | | | | | | |
| 生活习惯：吸烟：否 是 支/天 饮酒：否 是 两/天 睡眠：正常 入睡困难 多梦 易醒，每日睡眠 小时 药物辅助睡眠：无 有 药品 | | | | | | | | | | | | | |
| 家属态度：关心 不关心 过于关心 无人照顾 不配合 | | | | | | | | | | | | | |
| **三、入院宣教** 床位医生 责任护士 病房环境 病房制度 探视规定及时间 安全指导 膳食安排 心理疏导 禁止擅自外出 腕带佩载 其他 | | | | | | | | | | | | | |
| **四、护理计划** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 评估时间： | | |  | | | | | 护士签名： | | |  | | |