

**德育護理健康學院 五專護理科**  
**內外科護理學實習-成績總表**

實習機構與單位：\_\_\_\_\_ 學分數：\_\_\_\_\_ 實習時數：\_\_\_\_\_

實習期間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 至 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

實習指導老師簽名：\_\_\_\_\_

姓名/學號	護理臨床實務 (50%)	專業報告 個案報告 (25%)	週心得/總心得 10%	平日測驗 10%	護理師 複習考 5%	總分

說明:1.臨床指導老師須將(1)實習成績總表(本表)；(2)各科臨床實習成績考核表；(3)實習指導日誌；(4)實習單位評值會議記錄；(5)特殊/異常事件紀錄(視情況而定)；(6)時數統計表交回實習組。

2.成績呈現方式：分數呈現請書寫為「分子/分母」的方式，分子為以 100 分計的該項目原始成績；分母則為該項分數乘上配分百分比的得分（四捨五入後取小數點後一位）。

3.評量項目一~五的欄位可依各科考核方式呈現（有幾項就填幾項，不一定是五項），百分比依各科考核的內容自行填入，總分四捨五入取整數。

4. 護理系傳真（02）2437-5598。

**德育護理健康學院 五專護理科**  
**內外科護理學實習-實務成績總表**

實習 課程		護生學制： <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技	指導教師： 填表日期： 年 月 日
實習期間：		實習機構/單位：	
得分(百分比)	學生姓名/學號後三碼		
八大能力 (百分比各組請自填)			
一般臨床護理技能 ( )			
基礎生物醫學科學 ( )			
批判性思考能力 ( )			
關愛 ( )			
溝通與合作 ( )			
倫理素養 ( )			
克盡職責性 ( )			
終身學習 ( )			
實習總分			
學生整體表現總評			
教師自省			
教師簽名	年 月 日		

**德育護理健康學院 五專護理科**  
**內外科護理學實習-實務成績考核表**

班級：\_\_\_\_\_ 學號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_ 實習單位：\_\_\_\_\_

_____.02.01~_____.07.31 實習時數		_____.08.01~_____.01.31 實習時數		備註(請註明日期、假別與時數)		
八大核心能力	考 核 項 目	考 核 成 績				
		自 評	單 位 50%	教 師 50%		
一般臨床護理技能 21%， 每項 3 分	1.能正確完整地擬定個別性護理計劃					
	2.護理計畫表現完整護理過程					
	3.護理計畫能解決個案之健康問題					
	4.護理過程能表現護理獨立功能					
	5.護理記錄正確完整，口頭交班無遺漏					
	6.護理過程表現以個案及家庭為照護中心					
	7.護理過程表現多元角色功能					
基礎生物醫學科學 12% 每項 4 分	1.瞭解個案疾病相關之病生理機制與治療					
	2.瞭解及判讀實習單位常見檢驗檢查及數值與相關學理					
	3.運用多元資料來源進行護理評估(含身體評估技能)					
批判性思考能力 12%， 每項 2 分	1.護理過程表現創意					
	2.護理過程能依據個案需求辨識輕重緩急					
	3.護理過程能依據個案個別性隨機修正照護計畫					
	4.護理過程能適當辨識學理與臨床實務之差異					
	5.護理過程正確運用適當教學策略及教材、教具					
	6.護理過程能舉一反三，活用知識及素材					
關愛 12%， 每項 3 分	1.對照護對象及同儕具同理、包容、惻隱心及無私關懷					
	2.護理過程確保個案之安全與舒適					
	3.謹慎使用醫材及愛惜公物					
	4.能設身處地替他人想，具利他精神					
溝通與合作 9%， 每項 3 分	1.能善用專長輔佐同儕成長，教學會議積極參與討論					
	2.於護理過程充分與家屬合作，提昇護理效能					
	3.能與醫療團隊及同儕誠心相處，維繫良好夥伴關係					
倫理素養 12%， 每項 4 分	1.能與個案及家屬建立治療性關係					
	2.能確保照護對象之秘密及隱私					
	3.專業報告撰寫謹守智慧財產權，遵守生物醫學倫理原則					
克盡職責性 12%， 每項 3 分	1.準時上班，不遲到早退，遵守實習規範					
	2.培養健康生活習慣，正向面對實習事務					
	3.服裝儀容整齊清潔、態度謙和有禮、誠實					
	4.能配合實習活動且明定個人實習目標					
終身學習 10% 每項 2 分	1.善用多元資源，提升照護知能					
	2.學習態度積極主動，具邏輯思辯能力					
	3.對護理專業及照護工作表現興趣及熱情					
	4.擇善固執，能面對自己的優缺點、廣納他人意見					
	5.能妥善管理情緒及調適壓力、人格成熟具彈性					
總分						
總 平 均						
護理長或負責護理師評語：			實習指導教師評語：			
指導 老師	單 位 護理長	護 理 部 主 管				

※凡成績低於 60 分者，應已啟動成績預警機制，並完成紀錄及通知學生且簽名

※凡成績高於 90 分以上者，請具體說明學生之優良表現及可值得獎勵之事蹟

# 個案報告格式

德育護理健康學院  
 學年度第 學期 第一梯次、第二梯次  
 內外科護理學實習

## 個 案 報 告

主題

班級：護理系\_\_\_\_年\_\_\_\_班

姓名/學號：

實習機構/單位

指導教師：

實習期間：

### 目 錄(第一梯次目錄)

頁碼

#### 壹、護理過程

##### 一、個案簡介(含家族樹).....

(一)基本資料.....

(二)家庭狀況.....

##### 二、過去病史.....

(一)過去病史.....

(二)食物/藥物/輸血/其他等過敏反應.....

##### 三、入院經過.....

(一)入院經過.....

(二)現在病史.....

(三)藥物治療.....

(四)檢驗檢查及會診.....

##### 四、Gorden 十一項健康功能型態評估(勾選就好，不可刪除任何項目或分項，不需寫各項項的摘要)

###### Gorden 十一項健康功能型態評估

(一)健康認知與健康處理型態.....

(二)營養代謝型態.....

(三)排泄型態.....

(四)活動-運動型態.....

(五)睡眠-休息型態.....

(六)認知-知覺型態.....

(七)自我感受-自我概念型態.....

(八)角色-關係型態.....

(九)性-生殖功能型態.....

(十)因應-壓力耐受型態.....

(十一)價值-信念型態.....

問題確立.....

護理計畫(至少兩個).....

#### 貳、參考資料.....

#### 參、心得感想及反思.....

## 摘要

壹、前言(含文獻).....

貳、文獻查證.....

以疾病為導向的大綱.....

## 參、護理過程

一、個案簡介(含家族樹).....

二、過去病史.....

三、入院經過.....

## 四、Gorden 十一項健康功能型態評估

(一)Gorden 十一項健康功能型態評估(每個項目都寫成敘述性的語法).....

(二)問題確立.....

(三)護理計畫(至少兩個).....

肆、討論與結論(含文獻).....

伍、參考資料.....

@個案報告格式暨表單(繳交報告時，請依據各梯次之目錄編列標題號碼)

## 摘要(第二梯次才寫)

壹、前言(第二梯次才寫)簡單描述主題背景、重要性及寫作的動機(本報告對臨床貢獻或意義)

貳、文獻查證(第二梯次才寫，以個案疾病為文獻撰稿主題；需符合 APA 第 7 版格式引用文獻之正確筆法書寫，實習期間繳交文獻作業，須將引用的原始文獻印出，並以螢光筆在原始文獻及護生撰稿的文章段落中畫出引用處，並適當標示號碼，以利教師逐篇逐字核對)

## 參、護理過程

## 一、個案簡介(含基本資料及家庭狀況)

(一)基本資料：(第一梯次依下方格式書寫，第二梯次以敘述性方式書寫)

姓氏：\_\_\_\_\_

性別：男性 女性教育程度：不識字 國小/國中畢 高中畢 專科 大學 研究所以上  
其他

職業：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_ 宗教信仰：\_\_\_\_\_ 慣用語言：\_\_\_\_\_

(二)家庭狀況(第一梯次依下方格式勾選書寫，第二梯次以敘述性方式書寫)

婚姻狀況：未婚 離婚 已婚 分居 矜寡 其他

子女數：\_\_\_\_\_

經濟狀況：拮据 小康 充裕

家庭決策者：\_\_\_\_\_

家族樹(畫三代且分別寫出每個家庭成員之年齡、性別、教育程度、疾病、存歿及畫出個案與何人同住) 家庭病史(家庭成員中有無罹患下列疾病，如心臟病、高血壓、糖尿病、消化性潰瘍、癌症、氣喘、癲癇、精神病或其他等)

## 二、過去病史(含過敏史，列數不敷使用，請自行增列)

(一)過去病史(第一梯次依下方格式書寫，第二梯次以敘述性方式書寫)

過去疾病/罹病起始時間	治療經過(含藥物、手術、運動或飲食限制、復建計畫等，用藥須陳述是否規律性服藥)

(二)食物/藥物/輸血/其他等過敏反應(第一梯次分開標題書寫，第二梯次以敘述方式書寫在過去病史中)

三、入院經過(第一梯次依下方格式勾選書寫，第二梯次以敘述性方式書寫)

(一)入院經過

- 1.入院日期：\_\_\_\_\_
- 2.入院方式：步行 輪椅 推車
- 3.疾病診斷：\_\_\_\_\_
- 4.手術名稱(無手術者免填)：\_\_\_\_\_

(二)現在病史

敘述性描述入院之主要症狀徵象、出現的時間及持續情形、處理及求醫過程、入院治療重點(住院期間重要的藥物治療方向、檢驗檢查或特殊治療)

(三)藥物治療(第一、第二梯次均須撰寫，第一梯次單張併入整份報告中；第二梯次不須併入整份個案報告中)

表一：藥物治療(橫式表格，表格號碼依整份報告編列；寫完一個藥物後，用鉛筆畫個分隔線較為整齊)

起始日期	藥物商品名(學名 / 單一劑量)	劑量/途徑 / 時間	使用理由、注意事項與護理措施	作用機轉
			(1) 使用理由 (2) 注意事項或護理措施	

(四)檢驗檢查及會診(第一、第二梯次均須撰寫，第一梯次單張併入整份報告中；第二梯次不須併入整份個案報告中)

表二：檢驗值(用於多個項目只抽檢一次時，異常數值用螢光筆畫出，表格號碼依整份報告編列)

日期	檢驗項目名稱	正常值	檢查值	臨床意義判讀或解釋

表三：檢驗值(用於單一檢驗項目，檢測數次時的彙整表，異常數值用螢光筆畫出)

檢驗項目名稱	檢查值(自己畫格數)			正常值	臨床意義判讀
	日期	日期	日期		

表四：檢查或會診(第一、第二梯次均須撰寫，第一梯次單張併入整份報告中；第二

日期	檢查(會診)名稱	檢查(會診)理由說明	檢查(會診)結果或建議	當科醫師臨床處置與意義

梯次不須併入整份個案報告中)

四、Gorden 十一項健康功能型態評估 (15%)

【第一梯次需完全依據下方格式勾選及書寫，不可修改或縮編，個案無該項評估，請備註個案無此資料，不可自行刪除；第二梯次則運用此表單蒐集資料，再以敘述性方式彙整於個案報告中】

(一)健康認知與健康處理型態

- 1.您認為此次住院以前，您的健康狀態是 非常好 很好 普通 不好  
請說明：\_\_\_\_\_
- 2.現在您認為您的健康是 非常好 很好 普通 不好  
請說明：\_\_\_\_\_
- 3.平常您是如何維持健康和避免疾病的(請勾選下面之項目外並說明括弧中的內容於該項目下方)
  - 定期運動(說明運動的種類、每週頻率、每次時間?)
  - 維持適當的體重(說明是採用什麼方式?動機?)

- 採均衡飲食的攝取(寫下個案對均衡飲食及營養素的認知，動機?)  
定期健康檢查(多久檢查一次?檢查的項目?對身體檢查的看法?動機?)  
其他 \_\_\_\_\_

4.有無使用下列物品

- (1) 香煙 無 有 (量 \_\_\_\_\_ /日)，已抽 \_\_\_\_\_ 年，  
已戒 \_\_\_\_\_ 年(理由 \_\_\_\_\_ )  
(2) 酒 無 有 (量 \_\_\_\_\_ /日)，已抽 \_\_\_\_\_ 年，  
已戒 \_\_\_\_\_ 年(理由 \_\_\_\_\_ )

- 5.平日不舒服時之處理(如流鼻水或發燒等)，您會不予理會自行買成藥就醫  
其他(可複選)，理由(請說明在那種情況)：

6.此次住院的原因及期望：

(1) 請您描述疾病發生的時間與當時的狀況以及處理與結果

(2) 您推論此次發病可能的原因是什麼?

(3) 描述您對目前現有疾病的瞭解情形?

(4) 您認為您目前的疾病 很嚴重 還好 不嚴重 很健康，請說明

(5) 描述您對現有疾病預後的期望為何?

7.您對醫護人員給您的指示或護理指導是否完全遵守?

是 請說明理由

否 (請說明無法遵守的原因)

8.您或家人在健康照顧上有以下之困難或需求


有關疾病病因、相關檢查或預後等方面


有關返家後的居家照護技能方面

有關社會補助或福利等方面

有關心理或人力或經濟等支持方面

其他

 **摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)**

 可能的護理診斷/導因(沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

(二) 營養代謝型態

1.身高 \_\_\_\_\_ cm，體重 \_\_\_\_\_ Kg (過重 正常 過低) BMI \_\_\_\_\_

2.理想體重： \_\_\_\_\_ Kg (寫出理想體重計算過程：

3.基本熱量需求 \_\_\_\_\_ (請寫出計算過程) 每日實際攝取的熱量： \_\_\_\_\_

4.治療性飲食：無 有(請說明種類 \_\_\_\_\_)

5.目前飲食的配合情形：完全配合 部份配合 不能配合(說明原因： \_\_\_\_\_)

6.飲食習慣：定時定量 用餐時間不規律 \_\_\_\_\_ 天，每天餐數： \_\_\_\_\_ 餐

7.飲食禁忌：無 有 食物偏好： \_\_\_\_\_ 不喜歡的食物： \_\_\_\_\_

8.食慾狀況：正常 增加 減少 味覺改變 噁心 嘔吐 腹瀉

9.吞嚥情形：無 有(固體食物 液體食物)

10.假牙：無 有(部位 \_\_\_\_\_，固定假牙 活動假牙)

其他 \_\_\_\_\_

11.過去半年體重改變情形：無 有【減輕 增加： \_\_\_\_\_ 公斤】

12.攝入/排出量(需記錄 I/O 者，呈現一週來的數值，若無醫囑者，至少需呈現白天兩天的 I/O 狀

況，記錄結果可用浮貼或表格呈現)

13. 皮膚狀況：

- (1). 溫度：正常 體熱 冰冷（特殊部位溫度不同應該做說明）
- (2). 顏色：粉紅 潮紅 發紺 蒼白 黃疸 斑駁 淤斑 紅疹 其他
- (3). 有無異常出汗：無 有(相關疾病為何？\_\_\_\_\_)
- (4). 完整性：(有勾選者，都需進一步描述其部位及正確評估結果)  
斑點或疹塊(部位) 有無脫皮(部位) 皮膚龜裂(部位) 水腫(部位/價數)  
傷口或壓瘡(大小/深淺度/管路/縫線/換藥方式；分泌物顏色/量/異味)

※壓瘡的分期

分 期	說 明
第一期(充血期)	受壓部份的皮膚外觀完整，由於皮下血管受壓後代償性擴張，因此顏色發紅
第二期(缺血期)	表皮起水泡破皮，由於持續受壓缺血，表皮細胞缺乏養份供應出現變性現象，傷口呈潮濕粉紅色；約發生於受壓後 2-6 小時
第三期(壞死期)	表皮、真皮及皮下組織出現細胞壞死的情況，出現凹陷狀的傷口，傷口呈黃白色周圍有壞死的組織，有組織液滲出，約發生於受壓 6 小時後，可能出現瘻管及感染。
第四期(潰瘍期)	組織受損深及筋膜，肌肉層甚至骨骼、呈凹陷潰爛的傷口，傷口表面可能覆蓋黑色的焦痂，傷口內有黃色腐肉狀組織，滲出液甚多，有惡臭，可能出現瘻管及感染。

14. 口腔黏膜狀況：

- (1). 顏色：\_\_\_\_\_
- (2). 完整性：請描述部位、範圍、深淺度、形狀、外觀顏色、分泌物量/顏色、有無異味以及處理方式)。



※口腔的生理評估指引

評估部位	評估工具	評估方向
口腔黏膜	視診	觀察是否有潰爛、發炎、結節、出血或乾燥的情形
唇	視診、觸診	觀察是否有裂痕、出血、腫脹及缺氧的情形
舌	視診、觸診 (需使用壓舌板)	觀察有無斑點、腫脹、出血、潰瘍、異常紋路、偏向一側或乾燥情形
牙齦	視診(需使用壓舌板)	觀察有無出血、紅腫等情形
牙齒	視診	觀察是否有齲齒、牙菌斑、牙結石的情形 假牙、牙套的使用情形等
唾液	視診	唾液分泌的情形是否正常，過多或過少？
其他	視診、觸診	是否有吞嚥困難的情形 是否有發聲困難的情形 是否有足夠的營養攝取

15. 與營養相關的生化檢驗值（可以列表陳述）：

結果：\_\_\_\_\_

16. 您對營養的知識是否瞭解 瞭解 部份瞭解 否  
不瞭解的部份是

-  摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)
-  可能的護理診斷/導因（沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」



### (三) 排泄型態

#### 1. 排便習慣：

- 正常(次數：\_\_\_\_\_ 次/日)
- 便秘(幾天一次：\_\_\_\_\_ 天；處理方法：\_\_\_\_\_)
- 腹瀉(一天幾次：\_\_\_\_\_ 次，處理方法：\_\_\_\_\_)
- 失禁(原因：\_\_\_\_\_；處理方法：\_\_\_\_\_)
- 解便疼痛(強度\_\_\_\_\_；原因\_\_\_\_\_；  
感覺\_\_\_\_\_)

2. 腹部外觀 \_\_\_\_\_

3. 軟硬度及腸音 \_\_\_\_\_

4. 造瘻口： 無  有 ( 種類：\_\_\_\_\_；位置\_\_\_\_\_、外觀\_\_\_\_\_ )

#### 5. 排尿習慣：

正常(次數：\_\_\_\_\_ 次/日；小便之顏色：\_\_\_\_\_ )

排尿困難：

夜尿  多尿  少尿  滴尿  尿流細小  頻尿  無排空感

血尿

解尿灼熱感 \_\_\_\_\_

解尿疼痛 \_\_\_\_\_

失禁：(種類：\_\_\_\_\_ )

處理方法：( 間歇導尿  留置導尿  使用尿套  使用尿布  膀胱造瘻  其他 \_\_\_\_\_)


6. 出汗： 正常  多

7. 輸入量及輸出量：

Intake/Output = \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_。

(有 I/O 醫囑者，紀錄一個星期之 I/O 狀況；沒醫囑者，請家屬紀錄一天的 I/O，營養代謝型態已記錄者此處仍須重複，以維持評估內容之完整)

**摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)**

 可能的護理診斷/導因 (沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

### (四) 活動—運動型態

1. 生命徵象：體溫\_\_\_\_\_°C、脈搏\_\_\_\_\_次/分、呼吸\_\_\_\_\_次/分、血壓\_\_\_\_\_

2. 呼吸： 窘迫  困難  端坐呼吸  用力時呼吸困難  陣發性夜間呼吸困難鼻翼煽動

使用呼吸輔助肌  胸部起幅大  胸骨及肋間回縮

3. 呼吸型態： 正常  異常 (說明：\_\_\_\_\_)

4. 脈搏： 規則  不規則

5. 膚色： 正常  異常 ( 潮紅  蒼白  發紺  其他 \_\_\_\_\_)

6. 指甲外觀： 正常  異常 ( 杵狀指  微血管充盈時間延長(>3sec.)  其他\_\_\_\_\_)

7. 咳嗽： 無  有

8. 痰音  無  有(位置 \_\_\_\_\_、性質 \_\_\_\_\_、痰液顏色 \_\_\_\_\_、量： 少  中  多 )

9. 日常生活功能：(『巴氏量表評量』，不同日期可使用不同顏色或代號標示)需要評估多日時，請影印此處剪下浮貼或在表格內標示不同日期顯示不同天數的評估結果

表五、巴氏量表（評估日期：\_\_\_\_\_）

項 目	評 分 標 準
1.進食	10：自己在合理時間內（約 10 秒吃一口）；可用筷子取食食物；若需用進食輔具，可自行取用穿脫，不需協助 5：需協助取用穿脫輔具 0：無法自行取食或餵食時間過長
2.轉位	15：可自行坐起，由床移位到椅子或輪椅不需協助，包括輪椅煞車，及移開腳踏板，且無安全的顧慮 10：在上述移位過程中需些微協助或提醒，或有安全上的顧慮 5：可自行坐起，但需他人協助才能移位到椅子 0：需別人協助才能坐起，或需兩人幫忙才能移位
3.個人衛生	5：可自行刷牙、洗臉、洗手或梳頭髮 0：需別人協助
4.如廁	10：可自行上下馬桶不會弄髒衣物並能穿好衣服，使用便盆者可以自行清理便盆 5：需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙；使用便盆者可以自行取放便盆但需仰賴他人協助清理 0：需別人協助
5.洗澡	5：可以自行完成盆浴或淋浴 0：需別人協助
6.平地上行走	15：使用或不使用輔具可以自行走 50 公尺以上 10：需稍微扶持才能行走 50 公尺以上 5：雖無法行走卻可以獨立操縱輪椅（包括轉彎、進門及接近桌子、床沿）並可推行輪椅 50 公尺以上 0：無法行走或推行輪椅 50 公尺以上
7.上下樓梯	10：可自行上下樓梯（可抓住扶手或用拐杖） 5：需稍微扶持或口頭指導 0：無法上下樓梯
8.穿、脫衣褲鞋襪	10：可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具 5：在別人幫忙下可自行完成一半以上的動作 0：需別人完全協助
9.大便控制	10：不會失禁，必要時會自行使用栓劑 5：偶而會失禁（每週不超過一次），用栓劑需別人協助 0：需別人協助處理大便事宜
10.小便控制	10：日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿布或尿套 5：偶而會失禁（每週不超過一次），使用尿布或尿套需別人協助 0：需別人協助處理小便事宜
總分	
評量結果：0~20 分：完全依賴，21~60 分：嚴重依賴，61~90 分：中度依賴 92~99 分：輕度依賴，100 分：獨立 <input type="radio"/> 完全依賴 <input type="radio"/> 嚴重依賴 <input type="radio"/> 中度依賴 <input type="radio"/> 輕度依賴 <input type="radio"/> 完全獨立)	

10.自我照顧能力：(請以『柯氏量表』評量個案之狀況)

表六：柯氏量表

級數	內容
第零級	完全自由活動
第一級	能步行及維持輕度工作
第二級	能步行及維持大部分自我照顧活動
第三級	只能維持有限之自我照顧活動，超過 50% 以上的時間清醒活動，但僅限於床上或椅子上
第四級	完全無活動，無法進行自我照顧能力，且完全限制床上或椅子上之活動。

評量結果：屬於第\_\_\_\_\_級。

不同的日期個案可能有不同之進展

11. 肌力評量：\_\_\_\_\_級(0~5 級，可畫出個案不同日期之進展)，圖示：

表七、肌力評量圖示

日期一	日期二	日期三	日期四

12. 輔助活動的工具：○沒有 ○有：(拐杖 手杖 Walker 輪椅)

13. 運動：○沒有 ○有(名稱：\_\_\_\_\_、頻率：\_\_\_\_\_)

全關節運動計畫表(可浮貼於此處，內容須包括上下肢、關節名稱、活動名稱、主/被動或輔助運動、活動頻率、每次活動次數或時間等項目)

14. 休閒活動：○無 ○有(名稱：\_\_\_\_\_、頻率：\_\_\_\_\_)

15. 運動或活動耐力：○正常 ○活動或輕度運動後喘

表八、心臟病人活動安排之分類

分級	功能性	分類	治療性
一級	病人可以操作一般身體活動，日常生活的活動不會引起疲憊、心悸、呼吸困難或心痛等症狀	A	病人不需要限制任何身體活動
二級	較費力的日常生活的活動會引起疲憊、心悸、呼吸困難或心痛等症狀	B	病人不需要限制任何身體活動，但必須避免重度或競爭性活動
		C	病人需要中度限制日常生活活動，並禁止費力氣的活動
三級	輕微日常生活的活動會引起疲倦心悸、呼吸困難或心痛等症狀	D	病人需要嚴格限制日常活動
		E	病人需要在床上或椅子上完全休息，以減少心臟之工作負擔
四級	病人不能操作任何身體活動，甚至於休息時，可能都有症狀發生		

評估結果：功能性：\_\_\_\_\_

治療性：\_\_\_\_\_

表九、呼吸困難程度之分級

等級	呼吸困難程度
0 級	正常活動時無呼吸短促情形；費力時呼吸短促與其他同年齡者相同
1 級	爬斜坡或樓梯時，發生稍微呼吸短促
2 級	呼吸短促更加嚴重，在平面走路無法和同年齡者保持同一速度
3 級	在平面走路，或執行平日之工作任務接發生呼吸短促
4 級	在執行個人之活動如穿衣、說話、從一個房間走到另一個房間等發生呼吸短促

評估結果： 級數=\_\_\_\_\_

呼吸問題之因應措施 \_\_\_\_\_

16. 勃格(Brog)呼吸困難類比指數 \_\_\_\_\_

表十、勃格類比量表：由 0-10，您覺得您目前呼吸困難的程度是多少

呼吸困難的程度	
0	一點也沒有
0.5	非常、非常輕微
1	非常輕微
2	輕微
3	中度
4	多少有些嚴重
5	嚴重
6	
7	非常嚴重
8	
9	
10	非常非常嚴重 (幾乎最大)
最大	

- 摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)
- 可能的護理診斷/導因 (沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

**(五) 睡眠—休息型態**

- 每日睡眠時數：
  - 平常在家睡眠時數：\_\_\_\_\_PM~\_\_\_\_\_AM
  - 住院期間的睡眠時數：\_\_\_\_\_PM~\_\_\_\_\_AM
  - 自覺生物時鐘所需睡眠時數：\_\_\_\_\_小時
 若三者的時數出現差異，請敘述主、客觀的影響差異的因素以及發生的影響與處理：  
 說明：\_\_\_\_\_。
- 午睡習慣：無此習慣 偶而 有此習慣(約\_\_\_\_\_小時)。
- 平日睡眠習慣 (如關燈、睡水床或.....)：  
 說明：\_\_\_\_\_。
- 睡眠問題：無  
有(包括：日夜顛倒失眠難以入睡睡眠中斷早醒淺眠  
常作夢 白天嗜睡 夢魘其他  
 睡眠問題之處理方法：\_\_\_\_\_。
- 醒來之後之感受：\_\_\_\_\_。

- 摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)
- 可能的護理診斷/導因 (沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

**(六) 認知—知覺型態**

- 知覺方面：**
- 視覺：正常異常(依據下列情況勾選並標示出哪一個眼睛？且已經使用那些輔助器或接受哪些治療?)：
    - 視覺障礙 白內障 青光眼 義眼 盲眼 近視眼 遠視眼
    - 老花眼 其他
 說明：\_\_\_\_\_。
  - 聽覺：正常 異常(請說明低語或聽表測試結果及有無使用輔助器)：重聽 耳聾)
  - 味覺：正常 異常
  - 嗅覺：正常 異常
  - 觸覺：輕觸覺 痛覺 冷熱覺 位置感 振動感
  - 痛覺：無 有(請寫出以 P、Q、R、S、T 的評估結果)：  
 P：\_\_\_\_\_。  
 Q：\_\_\_\_\_。

R : \_\_\_\_\_。

S : \_\_\_\_\_。

說明：請以 VAS 或文字形容詞來測試病患的疼痛嚴重度（查詢護理一資料）

T : \_\_\_\_\_。

急性疼痛  慢性疼痛

疼痛處理： 藥物  非藥物

認知方面：意識狀況(寫出意識層次)：\_\_\_\_\_。

1. 語言能力：\_\_\_\_\_。

2. 學習能力：\_\_\_\_\_。


3. 閱讀能力：\_\_\_\_\_。

4. 理解判斷能力：\_\_\_\_\_。

5. 記憶能力：\_\_\_\_\_。

6. 最佳的學習方式(說明你衛教時採何種教學策略？及採用此方法的理由)：\_\_\_\_\_。

 **摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)**

 可能的護理診斷/導因 (沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

### (七) 自我感受/自我概念型態

身體我：\_\_\_\_\_。

人格我(自我恆定性、理想我、精神我)：\_\_\_\_\_。

身體心像：(請清楚陳述個案對身體感覺、身體結構、身體功能及社會功能的主訴以及個案與身體心像相關的肢體動作)


身體感覺：\_\_\_\_\_。

身體結構：\_\_\_\_\_。

身體功能：\_\_\_\_\_。

社會功能：\_\_\_\_\_。

 **摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)**

 可能的護理診斷/導因 (沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

### (八) 角色—關係型態

居住狀況(與誰同住或住在哪裏) \_\_\_\_\_。

角色之種類(描述個案之第一、第二、第三角色以及情感性角色、社會性角色)：\_\_\_\_\_。

角色改變之問題：

角色衝突(角色內、角色間分別敘述)：\_\_\_\_\_。


主要照顧者及與病患之關係：\_\_\_\_\_。


家庭成員彼此之關係：\_\_\_\_\_。

個案與朋友之互動關係：\_\_\_\_\_。

與病友及醫護成員之互動關係：\_\_\_\_\_。

平日會運用那些社會資源：\_\_\_\_\_。

 **摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)**

 可能的護理診斷/導因 (沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

**(九) 性—生殖功能型態**

**1. 男女個案均需收集之資料**

育有子女數：\_\_\_\_\_。

採用的避孕措施：\_\_\_\_\_。

結紮否：是 否

○有無執行乳房自我檢查：(○有 ○無：原因\_\_\_\_\_)

自覺『性生活』之滿意狀況：\_\_\_\_\_。

○有無影響生殖功能或性功能之治療或疾病(如有無不孕症、糖尿病；或寫出與此項健康功能型態有關的藥物或疾病等)：

說明：\_\_\_\_\_。

**2. 女性個案：**

月經型態：\_\_\_\_\_。

最近月經型態有無改變：\_\_\_\_\_。

停經及停經年齡與改變：\_\_\_\_\_。

○接受子宮抹片檢查之狀況：\_\_\_\_\_。

**3. 男性：**

○攝護腺之問題(○無 ○有(描述處理過程及對疾病之感受：\_\_\_\_\_))

- 摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)
- 可能的護理診斷/導因(沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

**(十) 因應—壓力耐受型態**

過去一年的生活改變事件及總分(護生貼上量表並勾選個案壓力事件項目)：

排行	生活事件	生活改變單位	排行	生活事件	生活改變單位
1	配偶死亡	100	23	兒女離家	29
2	離婚	73	24	與姻親發生糾紛	29
3	分居	65	25	卓越的個人成就	28
4	入獄判決	63	26	妻子開始或停止工作	26
5	親近家屬的死亡	63	27	就學或輟學	26
6	個人傷害或疾病	53	28	居住環境改變	25
7	結婚	50	29	個人習慣更改	24
8	被開除	47	30	與上司的糾紛	23
9	婚姻復合	45	31	工作時數或工作情形改變	20
10	退休	45	32	住所的變更	20
11	家人健康情況改變	44	33	轉學	20
12	懷孕	40	34	改變消遣	19
13	性困難	39	35	教會活動改變	19
14	添加新的家庭成員	39	36	社會活動改變	18
15	工作上的調適	39	37	抵押或借貸少於一萬美元	17
16	經濟情況改變	38	38	睡覺習慣改變	16
17	密友死亡	37	39	家人團聚的次數改變	15
18	調到不同的工作線	36	40	飲食習慣的改變	15
19	與配偶爭吵次數改變	35	41	渡假	13
20	抵押超過一萬美金	31	42	耶誕節	12
21	喪失貸款或抵押品贖取權	30	43	輕微犯法	11
22	工作職務改變	29			

結果：總分\_\_\_\_\_。

- 事件改變之壓力感受狀況：  
\_\_\_\_\_。
- 面對壓力時的處理方式：  
\_\_\_\_\_。
- 現在最主要的壓力、對此壓力的看法以及處理方式：  
\_\_\_\_\_。
- 生活周遭有哪些社會支持網路：  
\_\_\_\_\_。
- 運用了哪些社會支持網路：  
\_\_\_\_\_。

- 摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)
- 可能的護理診斷/導因 (沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

**(十一) 價值—信念型態**

- 宗教信仰：\_\_\_\_\_。
- 對該宗教之感受：\_\_\_\_\_。  
參與宗教活動之種類及頻率如何：  
\_\_\_\_\_。
- 金錢觀：  
\_\_\_\_\_。
- 與現有疾病相關的健康信念 (對疾病的嚴重度、威脅性的感受)：  
\_\_\_\_\_。
- 人生觀：  
\_\_\_\_\_。
- 生命觀：對死亡之看法：(談談個案對預立遺囑、最大之願望、有生之年期望完成之事、安寧療護、善終、安樂死、死亡之儀式、火化或土葬與民間禮俗等觀感)。  
\_\_\_\_\_。
- 個案已執行了哪些有關死亡之準備：  
\_\_\_\_\_。

- 摘要(將前述蒐集之資料重點會整，第一梯次不需撰寫)
- 可能的護理診斷/導因 (沒有護理診斷則也要說明「無健康問題」)

**二、健康問題總表：**

綜觀十一項健康功能型態之後，個案可能出現之之健康問題列表呈現如下：

表十一：個案可能之健康問題表

高危險性之健康問題/ 導因	現存性之健康問題 / 導因

**三、護理計劃**

問題編號：護理診斷/導因

日期	主/客觀資料	個案目標	執行日期	護理活動	學理依據	刪除日期	評值

**陸、討論與結論：(第二梯次撰寫)**

統整個案問題並引用文獻呼應，反思照護優缺點及提出臨床建議

柒、參考資料：以 APA 第七版正確格式書寫(第一、第二梯次撰寫)

捌、心得感想及反思：書寫該份個案報告之收穫、書寫的困難度及對課程或撰寫報告相關訓練的建設性意見。(第一梯次撰寫)

**德育護理健康學院 五專護理科**  
**內外科護理學實習-個案報告評分表(內外科第一梯次實習)**

班級：\_\_\_\_\_ 學號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_

實習單位：\_\_\_\_\_ 實習日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

項 目	得分	評語
<b>整體觀：</b> 1.格式完整、正確，符合規格依據；A4 電腦列印，版面排列工整及裝訂 2.用字謹詞流暢、正確無誤、合乎邏輯		※學生書寫狀況，酌量加減 5 分
<b>題目、目錄 5%</b> 1.主題明確、簡捷，與內容契合 2.目錄標題清楚，頁碼標示清楚		
<b>壹、個案資料簡介(35%)</b> 一.個案簡介(項目正確、完整，含個案資料簡介、疾病史及家庭史與家族圖)10% 二、藥物、檢驗檢查、會診表格均能符合個案疾病特質 15% 三、資料陳述正確，引用學理分析正確，能表現護理獨立思 10%		
<b>四、護理過程 (45%) 含護理評估、健康問題及護理計畫</b> 1.護理評估(20%)：完整且多元，文字表達流暢，使用正確醫護專有名詞 2.健康問題總表 5% (護理診斷) 問題完整、清楚 3.護理計畫 20% (1)護理診斷導因正確、完整； (2)主/客觀資料完整、正確，資料來源來自個案簡介及護理評估 (3)個案目標清楚、正確、具體、具優先順序且可達成 (4)護理措施可解決健康問題；完整、具體、具個別性；包含獨立/半獨立行為； 具先後或輕重緩急之順序排列；能納入家屬或照顧者 (5)措施之學理依據正確且完整；具深廣度 (6)護理評估能針對個案目標或護理措施 (7)護理計畫呈現持續性護理過程(每個主客觀、護理措施、評估，均含日期)		
<b>貳、參考資料(5%)</b> 1.選用資料符合年代 (5~10 年) 及篇數 (3~5 篇) 之要求 2.資料書寫之方式符合 APA(American Psychological Association) 第七版格式要求		
<b>參、心得感想 (10%)：</b> 書寫該份個案報告之收穫、撰寫的困難度及建設性之建議。		
<b>學生自我評量</b>		
<b>教師評量</b>		



## 德育護理健康學院 五專護理科

## 內外科護理學實習-個案報告評分表(內外科第二梯次實習)

個案報告評分表(第二梯次實習,修改自台灣護理學會審查標準,請注意臨床N3的個案報告審查標準)

班級: \_\_\_\_\_ 學號: \_\_\_\_\_ 學生姓名: \_\_\_\_\_

實習單位: \_\_\_\_\_ 實習日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

題目名稱	項 目	評 語	得 分
(一)文字敘述	5分 1.文章結構清晰、文辭通順正確(2) 2.整體架構表現出護理過程之思考過程(3)		
(二)報告內容(總計95分)	1.摘要 5分 能涵蓋全文-包含選案理由、照顧期間、評估方法、健康問題、照護措施與建議(5) (書寫簡要流暢500字內)		
2.前言	5分 (1)明確說明個案選擇之動機(2) (2)明確說明此個案照護之重要性(3)		
3.文獻查證	10分 (1)文獻查證之系統、組織與條理(3) (2)文獻查證內容中含近期之中、英文獻(3) (3)參考文獻內容與個案疾病診斷、護理措施相關(4)		
4.護理評估(含個案簡介)	15分 (1)相關資料具主客觀性及時效性(5) (2)能提供患者整體性及持續性的評估(10)		
5.問題確立	10分 (1)問題剖析之客觀、具時效性與正確性(5) (2)具主、客觀資料及相關因素(5)		
6.護理措施	20分 (1)確立護理目標,具獨特性(5) (2)根據問題提供連貫、一致與適當措施(5) (3)護理措施具體、周詳,具個別性與可行性(7) (4)護理措施能參考文獻查證內容,應用於個案照護		
(3)			
7.結果評值	10分 (1)針對護理目標與措施之有效性評值(4) (2)對個案整體護理之具體成效作評值(4) (3)有具體的後續照顧計畫(2)		
8.討論與結論	15分 (1)總論敘述簡明扼要(4) (2)個人觀點明確(4) (3)提出具體限制與困難(4) (4)對日後護理實務工作有具體建議(3)		
9.參考資料	5分 (1)參考資料與內文引用均依台灣護理學會護理雜誌最近期的方式書寫,但中文文獻不需加英譯(2) (2)參考資料與全文一致與適切(3)		
總 評:	(結果通過與否,應以整篇文章的內容是否能凸顯護理過程來決定。)		總 分:
※若表格不夠書寫評語,敬請自備A4紙張			審查老師 簽 章:
		審查日期: _____年____月____日	

**德育護理健康學院 五專護理科**  
**內外科護理學實習『護理技術經驗單』**

實習醫院及單位：\_\_\_\_\_ 學號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_

選 項	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期
<b>一、舒適與清潔</b>							
1.口腔護理							
2.鼻腔護理							
3.鼻胃管灌食							
4.NG care							
5.床上洗頭							
6.會陰沖洗術							
7.床上擦澡							
8.按摩							
<b>二、活動與運動</b>							
9.一般翻身法							
10.圓滾木翻身法							
11.床上擺位（中風、骨折、SCI、醫囑制動者、意識不清者）							
12.全關節運動（ROM）							
13.拐杖使用							
14.冷熱敷（冰枕、熱水枕）							
<b>三、給藥</b>							
15.給藥符合三讀五對							
16.小量針劑注射							
17.小量靜脈滴注							
18.皮內注射							
19.皮下注射							
20.肌肉注射							
21.肛門塞劑							
22.眼滴藥							
23.鼻滴藥							
24.靜脈注射（on IC）							
25.備血							
26.輸血							
27.大量點滴掛接							
28.大量點滴滴速計算							
<b>四、排泄</b>							
29.bowel sound							
30.腸道按摩							
31.小量灌腸							
32.大量灌腸（清潔灌腸）							

選 項	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期
33.保留灌腸							
34.單次導尿							
35.留置導尿管							
36.Intake/output 記錄							
37.Pitted edema							
<b>五、呼吸照護</b>							
38.Breathing sound							
39.中央空氣及氧氣的使用							
40.小量氧氣的使用							
41.各種氧氣治療及設備 裝置							
42.蒸氣吸入法（小量噴 霧治療）							
43.氣切護理							
44.氣管或氣切痰液抽吸							
45.Pulse oximeter 的使用							
<b>六、傷口照護</b>							
46.傷口護理							
乾敷法							
濕敷法							
認識生物敷料							
47.繃帶包紮							
48.入院護理							
49.出院護理							
<b>七、檢驗及檢查</b>							
50.留取一般檢體 （寫日期及檢體名稱）							
51.one touch							
52.blood culture							
53.sputum culture							
54.urine culture （foley 留取及自解中段尿）							
55.Wound culture							
<b>八、管路照護</b>							
56.endo care							
57.IC care							
58.CVP 測量、CVP care							
59.pig tail care							
60.胸管護理							
61.引流管護理與倒置							
<b>九、意識評估</b>							
62.coma scale 測量與紀錄							
63.Pupil size 評估與紀錄							
64.Muscle power 評估與 紀錄							

選 項	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期	執行日期
<b>十、點班與計價</b>							
65.急救車點班							
66.其他點班工作（寫明點班內容）							
<b>十一、在職教育課程</b>							
課程名稱須註明清楚							
<b>十二、其他</b>							

備註：

- 1.表單請護生隨身攜帶，完成該項護理技能後立即請學姊簽章（可參考此經驗單複習相關技能）
- 2.不敷使用或缺少的項目請自行填寫在其他的欄位，諸如參觀復健單位及設施；執行團衛；肺功能及血液透析……等。
- 3.急救車為必點班項目，其他則自行填寫。
- 4.院內院外在職教育課程也可註記在內，課程名稱自行填寫，請主辦課程的單位或負責人在日期處簽章。
- 5.此張表單是一個學習經驗的提醒與紀錄，在實習結束後回顧自己充實的20天，善用它你會更有目標。  
**加油了！**

