老人入住7日后评估及初步护理计划

生活区域 房号 床号

老人姓名 性别 年龄

护理等级 入住日期

|  |  |
| --- | --- |
| 综合评估 | 自我照料能力：评估人： 日期：  |
| 自我照料能力：评估人： 日期：  |
| 自我照料能力：评估人： 日期：  |
| 自我照料能力：评估人： 日期：  |
| 自我照料能力：评估人： 日期：  |
| 自我照料能力：评估人： 日期：  |
| 老人特殊需求 | 记录人： 日期：  |
| 初步个案护理计划 | 日常生活护理计划：认知能力护理计划：健康服务计划：  |

个案评估员签名 完成日期

院评估小组负责人签名 日 期