

個案照護計畫之書寫格式

一、個案簡介：

(一) 基本資料：姓名、年齡(出生日期)、性別、籍貫(縣市)、婚姻狀況、教育程度(畢或肄業)、職業、信仰、疾病診斷(中英文)、首次發病年齡、此次住院日期

(二) 疾病史：

1. 現在病史(此次住院情形及經過)
2. 過去病史(精神疾病之發病過程、住院次數、每次發病再住院的間隔及原因、過敏史、其他內外科疾病、開刀…等)
3. 生長史(求學史、工作史、與家人、同伴及異性相處情形、感情發展、成長過程中特殊事件…)
4. 家族史、家庭樹(主要照顧者)

(三) 目前治療情況：

1. 理學檢查(最近一次)：

日期	項目	檢驗值	正常值	異常分析及代表意義

2. 藥物治療

起迄日期	藥物/劑量 時間/用法	作用/作用機轉	副作用/副作用護理/ 注意事項	評值

3. 團體治療、職能治療、娛樂治療、行為治療

治療項目	目的/意義	病友參與的情形

二、精神科五大層面之整體性評估：(請參考精神科護理課本)

項目	評估內容(含主、客觀資料)

三、健康問題與護理計畫

(一) 個案健康問題表：請依問題之優先順序列出個案所有的健康問題

項次	現存(潛在)健康問題、護理診斷	相關因素、導因	照護期間(起~迄日期)

(二) 護理計劃：由個案健康問題表，選擇兩個主要的健康問題書寫

健康問題 1：

主觀資料(S)	客觀資料(O)	護理目標	護理措施	評值
呈現可確立個案護理問題的症狀與徵象，即病友之主訴(需標示評估日期)	呈現可確立個案護理問題的症狀與徵象，即護理人員所觀察的(需標示評估日期)	(1) 具體、可評量、可行的行為目標 (2) 以短、中、長期目標呈現(最好訂出日期或期程)	依目標擬出具有個別性、有效性、可行性的護理措施	依據目標達成與否評值

健康問題 2：(同上)

四、結論與心得：提出整體護理的總結、個人觀點、具體限制與困難，以及照護心得。

五、參考資料(請按照 APA 第六版格式)