



這份文件夾所有人：

我的護理 文件夾

**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member 

我的護理文件夾



「我的護理文件夾」是給具有特殊保健需求的兒童的家庭。
使用您的「護理文件夾」：

- 追蹤子女的藥物
- 列出醫護人員和資源的電話號碼
- 做好預約的準備
- 與子女的醫護人員分享資訊

「護理文件夾」是一本筆記簿，讓您整理健康資訊、報告、醫生就診和書面傳單

設立您的「護理文件夾」

- 第一步：** 決定您想在「護理文件夾」保持什麼資訊。您最常查詢什麼資訊？照顧您子女的人需要知道您子女的什麼資訊？
- 第二步：** 收集已有的資訊 — 例如報告、住院和檢驗結果
- 第三步：** 從「護理文件夾」資料袋選擇您喜歡的紙頁
- 第四步：** 製作您的「護理文件夾」 — 您可以使用標籤分頁或口袋分頁來分開紙頁。這樣可以讓您更容易找到需要的資訊。

您可以從UC Davis Children's Hospital網站印出額外的「護理文件夾」紙頁：www.ucdmc.ucdavis.edu/children/patients_family_resources/Patient_and_Family_Education_A_to_Z/index.html

您可以從這些網站為您的「護理文件夾」下載更多紙頁：
特殊需求兒童中心、西雅圖兒童醫院，以及華盛頓州衛生局、特殊健康需求兒童計畫：<http://cshcn.org/planning-record-keeping/care-notebook>

全國醫療之家資訊中心、美國兒科學會：www.medicalhomeinfo.org/for_families/care_notebook

我的每日時間表： _____



時間	護理 / 活動
上午	
下午	
傍晚	
晚上	





**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member 

日曆

月 _____ 年 _____

星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member 

日曆

月 _____ 年 _____

星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

認識我

我的姓名：	暱稱：
出生日期：	今天的日期：
關於我的資訊：	
我的長處：（對我很容易的事情）	
我的挑戰：（溝通、情感、學習、走動、社交、精力、行為）	
我的社區生活：（學校、托兒所、宗教場所、我最喜歡的地方）	
我的住宅和家庭資訊：	
我的診斷：	
我的整體健康：	
我做過的手術、程序、化驗 / 診斷研究：	

認識我

我的姓名：	暱稱：
出生日期：	今天的日期：
我目前的藥物 / 劑量：	
我的過敏：	
要避免的東西：（食物、活動和程序）	
我的設備 / 輔助技術：（支架 / 義器、助步器、輪椅、溝通裝置、家庭氧氣、胰島素泵、噴霧器、抽吸器）	
我希望你知道我的其他事：	
你可以幫助我的方式：	

飲食追蹤表



日期	星期日	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
管飼							
早餐							
午餐							
晚餐							
零食							
備註							

嬰兒奶瓶 / 餵食管時間表



奶瓶餵食



餵食管餵食



尿布

藥物



餵食時間

記得要在袋子添加 _____ 毫升的牛奶來預沖管子。這不是餵食的一部分。



上午

上午

下午

下午



傍晚

晚上

晚上

將 _____ 毫升加入袋子，並將
泵設定為每小時 _____ 毫升

將 _____ 毫升加入袋子，並將
泵設定為每小時 _____ 毫升



家庭支援資源

醫療用品公司： _____

聯絡人： _____

地址： _____

電話： _____ 傳真： _____ 電子郵件： _____

網站： _____

醫療用品公司： _____

聯絡人： _____

地址： _____

電話： _____ 傳真： _____ 電子郵件： _____

網站： _____

居家護理（居家護理、公共衛生、輪班 / 暫歇）： _____

聯絡人： _____

地址： _____

電話： _____ 傳真： _____ 電子郵件： _____

網站： _____

區域中心 / 其他發展支持組織： _____

聯絡人： _____

地址： _____

電話： _____ 傳真： _____ 電子郵件： _____

網站： _____

其他： _____

聯絡人： _____

地址： _____

電話： _____ 傳真： _____ 電子郵件： _____

網站： _____

其他： _____

聯絡人： _____

地址： _____

電話： _____ 傳真： _____ 電子郵件： _____

網站： _____

緊急情況時

更新日期：_____

兒童資訊			
姓名：		過敏：	
出生日期：	主要語言 / 溝通方式：		
住家地址：			
家長 / 監護人：		關係：	
住家電話：		其他電話：	
診斷：			
藥物	劑量	藥物	劑量
緊急聯絡人：		關係：	電話號碼：
醫生資訊			
主治醫生：		電話：	傳真：
專科醫生：		電話：	傳真：
專科醫生：		電話：	傳真：
保險：			
藥房資訊			
名稱：			
地址：		電話：	
其他 / 管子 / 裝置			
緊急情況時需要知道我子女的最重要事項：			

緊急聯絡人

姓名： 地址：	出生日期： 電話號碼：
醫療記錄號碼： 首選醫院：	保險： 投保人資訊：
家長 / 監護人資訊 姓名： 電話：	家長 / 監護人資訊 姓名： 電話：
緊急聯絡人資訊 姓名： 關係： 電話：	緊急聯絡人資訊 姓名： 關係： 電話：
醫生聯絡資訊	
主治醫生： 電話號碼：	專科醫生： 專科： 電話號碼：
專科醫生： 專科： 電話號碼：	專科醫生： 專科： 電話號碼：
專科醫生： 專科： 電話號碼：	專科醫生： 專科： 電話號碼：

計畫是什麼？

兒童姓名：_____

問題 / 顧慮：	日期：	日期：	日期：
我今天想談什麼？ <ul style="list-style-type: none">• 有什麼新情況？• 顧慮？			
我希望發生什麼事？ <ul style="list-style-type: none">• 今天• 從醫生• 我（病人）要做什麼			
後續步驟？需要做什麼？ <ul style="list-style-type: none">• 藥物變更• 化驗• 設備			
由誰進行？ <ul style="list-style-type: none">• 患者• 家長• 醫生• 護士			
什麼時候？（時間範圍）			
我們如何追蹤？			

