

# 苑裡李綜合醫院糖尿病共同照護網見實習規範

110.11.01

## 一、醫療院所基本資料

|            |                           |
|------------|---------------------------|
| 醫療院所名稱（全銜） | 李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院          |
| 醫事機構代碼     | 0935020027                |
| 地址         | 苗栗縣苑裡鎮和平路 168 號           |
| 聯絡人        | 陳妤蓁 衛教師                   |
| 電話         | 037-862387 分機:1107        |
| 傳真         | 037-862377                |
| E-mail     | a02031@leehospital.com.tw |

## 二、見實習時間：

月份：☒一月 ☐二月 ☒三月 ☒四月 ☒五月 ☒六月 ☒七月 ☒八月 ☒九月  
☒十月 ☒十一月 ☒十二月

週間：☒第一週 ☒第二週 ☒第三週 ☒第四週 ☐其他

日期：☒星期一 ☒星期二 ☒星期三 ☒星期四 ☒星期五

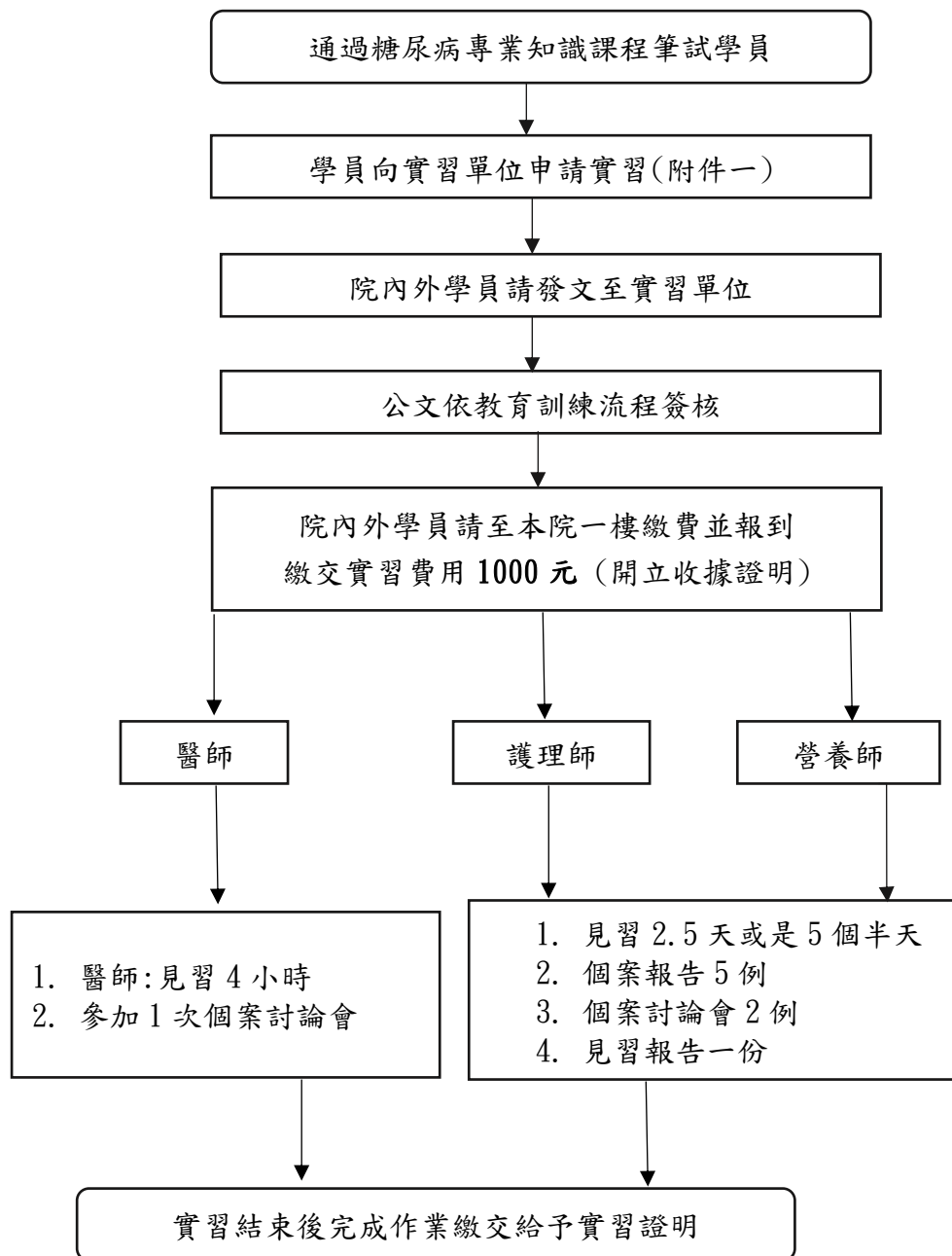
時間：☒每星期一至星期五 上午 08:00-12:00 下午 13:30-17:30

備註：見實習時間請洽指導單位

## 三、見實習的名額：

| 職 稱  | 名 額 | 備 註 |
|------|-----|-----|
| 醫師   | 2   |     |
| 護理師  | 1   |     |
| 營養師  | 2   |     |
| 藥師   | 0   |     |
| 其他專業 | 0   |     |
| 合計   | 5   |     |

#### 四、見實習的流程



## 五、主責單位之權責與聯絡窗口

糖尿病衛教室 陳妤蓁衛教師 聯繫電話：037-862387#1107

## 六、見習注意事項

### (一) 報到當日攜帶資料：

1. 醫師/護理師/營養師證書影本
2. 共照網筆試通過證明影本
3. 身分證影本
4. 醫師/護理師/營養師費用統一 1000 元

### (二) 各科室報到作業及實習期間相關表單及作業說明：

1. 糖尿病衛教室報到：說明作業內容、填寫基本資料、繳交相關文件
2. 批價：一樓繳費及開立收據，之後一聯交回糖尿病衛教室(開立繳費證明，請自行確認抬頭是否正確)
3. 實習期間須完成表單作業
  - (1)糖尿病共同照護網醫事人員認證見(實)習課程申請表(附件一)
  - (2)糖尿病共同照護網醫事人員認證見(實)習課程證明(附件二)  
(完成作業後，呈核用印後正本發予學員，影本單位存留)
  - (3)糖尿病共同照護網實習個案報告 5 例(附件三)
  - (4)糖尿病共同照護網見習報告表(附件四)

### (三) 實習學員須知：

1. 學員身分：院內外醫師、營養師、護理師。
  2. 實習需知：
    - (1) 服裝：穿著制服並佩帶名牌。
    - (2) 護理及營養見習規範：
      - 第一階段：見習(2.5 日或 5 個半日，於一個月內完成，須繳交見習報告給見習指導員審閱)。
      - 第二階段：進行收案及追蹤，至少 5 案(3 個月內完成，每一個案至少追蹤 2 次)。
      - 第三階段：第一次個案討論(於所收案中，擇一個案、認列 2 次個案報告)。
      - 第四階段：持續追蹤原收案之個案或另新收案，維持 5 案(3 個月內完成)。
      - 第五階段：第二次個案討論(於所收案中，擇 1 個案)
- 護理師及營養師須完成 1、2、3、4、5 階段、醫師完成 1、5 階段

附件一

糖尿病共同照護網醫事人員認證見(實)習課程申請表 (考生自存)

|             |                       |            |                                                                                                                        |      |
|-------------|-----------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 申請人姓名       |                       | 出生年月日      | 年 月 日                                                                                                                  | 照片貼處 |
| 身分證字號       |                       | 通過專業知識課程筆試 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                  |      |
| 目前服務單位      |                       |            |                                                                                                                        |      |
| 聯絡方式        | 電話：<br>手機：<br>E-mail： | 專業別        | <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理<br><input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 藥事專業人員 |      |
| 申請(見)實習機構名稱 |                       |            |                                                                                                                        |      |
| 希望(見)實習日期   | 自 年 月 日 時至 年 月 日 時    |            |                                                                                                                        |      |
| 受理單位指導人員    |                       |            | 受理單位主管                                                                                                                 |      |

備註：

1 本表請學員於見(實)習之機構報到時繳交。

2.學員至受理見(實)習之機構時，請提供參與「專業課程」筆試之及格證明。

附件二

糖尿病共同照護網醫事人員認證見(實)習課程證明

(給衛生局) 109.03.25

|                        |                                                                                                                       |                                |                                                                                          |                         |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 學 姓                    | 員 名                                                                                                                   | 出 年 月 日                        | 生 日                                                                                      | 年 月 日                   |
| 身 分 證 字 號              |                                                                                                                       | 聯 方                            | 總 機                                                                                      | 電 話：<br>手 機：<br>E-mail： |
| 專 業 類 別                | <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護士/護理師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 藥師  |                                |                                                                                          |                         |
| ( 見 ) 實 習 機 構          |                                                                                                                       |                                |                                                                                          |                         |
| 參 與 見 習 期 間            | 自 年 月 日 時至 年 月 日 時，共計____日                                                                                            |                                |                                                                                          |                         |
| 報告個案討論會<br>日 期         | 1 次個案討論會<br><input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師<br>年 月 日                                          |                                | 2 次個案討論會<br><input type="checkbox"/> 護士/護理師 <input type="checkbox"/> 營養師<br>年 月 日及 年 月 日 |                         |
| 繳交實習收案之書<br>面 報 告      | 年 月 日                                                                                                                 |                                | 繳交見習<br>報告                                                                               | 年 月 日                   |
| 綜 合 考 評 意 見            | <input type="checkbox"/> 經審慎考核，予以「通過」<br><input type="checkbox"/> 經審慎考核，予以「不通過」<br><input type="checkbox"/> 其他(請序明理由) |                                |                                                                                          |                         |
| 受 理 單 位 主 管<br>( 簽 章 ) |                                                                                                                       |                                |                                                                                          |                         |
| 指導人員(簽章)               |                                                                                                                       | 受 理<br>見(實)習<br>機 構<br>( 蓋 印 ) |                                                                                          |                         |
|                        |                                                                                                                       |                                |                                                                                          |                         |
|                        |                                                                                                                       |                                |                                                                                          |                         |

附件三

## 縣（市）糖尿病共同照護網實習書面報告

個別實習報告【 】病歷號： 實習日期：民國 年 月 日

### 一、 個案資料

#### 1、基本資料

|       |  |      |  |        |  |
|-------|--|------|--|--------|--|
| 姓名    |  | 性別   |  | 年齡(歲)  |  |
| 職業    |  | 教育程度 |  | 診斷     |  |
| 病齡(年) |  | 過去病史 |  | 糖尿病家族史 |  |

#### 2、身體檢查

| 項 目                     | 日期/結果 | 日期/結果 | 日期/結果 | 項 目      | 日期/結果 | 日期/結果 | 日期/結果 |
|-------------------------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 身高（公分）                  |       |       |       | 體重（公斤）   |       |       |       |
| BMI（kg/m <sup>2</sup> ） |       |       |       | 臀圍（公分）   |       |       |       |
| 腰圍（公分）                  |       |       |       | 血壓(mmHg) |       |       |       |
| 脈搏（次/分）                 |       |       |       |          |       |       |       |

#### 3、生活習慣

|    |                                                                              |             |
|----|------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 吸菸 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有___支/天                  | 備註（如有變更請註明） |
| 喝酒 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有___次/週、___cc/次、種類：_____ |             |
| 運動 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有___次/週、___分/次、種類：_____  |             |

#### 4、自我照護能力

| 身體失能                                                                                              | 護照使用率                                                       | 自我監測                                                            | 定期衛教接受率                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 肢體殘障<br>備註：_____ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有___次/年 | 血糖： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有___次/週 | 護理： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有___次/年<br>營養： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有___次/年 |

### 二、 檢驗及檢查報告

#### 1、生化檢查

| 項目           | 單位    | 日期/結果 | 日期/結果 | 日期/結果 | 項目         | 單位    | 日期/結果 | 日期/結果 | 日期/結果 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|
| Glucose AC   | mg/dL |       |       |       | GOT（AST）   | U/L   |       |       |       |
| Glucose PC   | mg/dL |       |       |       | GPT（ALT）   | U/L   |       |       |       |
| A1C          | %     |       |       |       | BUN        | mg/dL |       |       |       |
| Cholesterol  | mg/dL |       |       |       | Creatinine | mg/dL |       |       |       |
| HDL          | mg/dL |       |       |       | Uric Acid  | mg/dL |       |       |       |
| LDL          | mg/dL |       |       |       | eGFR       |       |       |       |       |
| Triglyceride | mg/dL |       |       |       |            |       |       |       |       |

## 2、生理檢查

| 項目       | 日期 | 結果 |
|----------|----|----|
| EKG(心電圖) |    |    |
|          |    |    |

## 3、尿液檢查

| 項目                       | 日期/結果 | 日期/結果 | 日期/結果 |
|--------------------------|-------|-------|-------|
| Protein                  |       |       |       |
| Ketone                   |       |       |       |
| Microalbuminuria (mg/dL) |       |       |       |
| Urine A/C Ratio (mg/g)   |       |       |       |
| Urine P/C Ratio (mg/g)   |       |       |       |

## 4、視網膜檢查

| 項目 | 視力         | 視網膜病變      | 光凝固治療              |
|----|------------|------------|--------------------|
| 日期 |            |            |                    |
| 結果 | 右：      左： | 右：      左： | 右：□無□有      左：□無□有 |

視網膜病變需註明：無視網膜病變(NDR)、非增生性視網膜病變(NPDR)、增生性視網膜病變

(PDR)、黃斑部病變(Maculopathy)、失明(Blindness)

## 5、足部檢查

| 項目 | 足部潰瘍       | 足部脈動       | 單股尼龍纖維檢查   | 半定量音叉檢查    | 踝臂比(ABI)   |
|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| 日期 |            |            |            |            |            |
| 結果 | 右：      左： | 右：      左： | 右：      左： | 右：      左： | 右：      左： |

## 三、慢性併發症

| 項目 | 失明         | 截肢         | 腎病變      | 冠心病      | 中風       |
|----|------------|------------|----------|----------|----------|
| 日期 |            |            |          |          |          |
| 結果 | 右：      左： | 右：      左： | □無    □有 | □無    □有 | □無    □有 |
| 備註 |            |            |          |          |          |

1. 若『有』失明、截肢請註明發生部位
2. 若『有』請註明發現的年、月份
3. 若『有』腎病變除了註明已發現幾年外，尚需註明是否有洗腎，並註明已洗腎幾年
4. 特殊事件需註明，可於『備註』欄內呈現

#### 四、 治療藥物及治療方式（包括糖尿病、高血壓、高脂血症之藥物）

| 日期 | 藥名、劑量、用法 |
|----|----------|
|    |          |

#### 五、 衛教內容以 SOAP 方式書寫：

S 是主觀資料、O 是客觀資料、A 是評估/問題即診斷/導因、

P 是計劃（包括目標、措施）、E 是評值

| 日 期      | 內 容 |
|----------|-----|
| (S) 主觀資料 |     |
| (O) 客觀資料 |     |
| (A) 評估   |     |
| (P) 計劃   |     |
| (E) 評值   |     |



附件四

## 苗栗縣(市)糖尿病共同照護網見習報告表

### 一、學員基本資料

|        |           |    |                                                       |       |              |                   |  |
|--------|-----------|----|-------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------------|--|
| 見習學員姓名 |           | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身份證字號 |              | 服務單位<br>(或舊有工作單位) |  |
| 聯絡電話   | 日：<br>手機： | 夜： | E-mail                                                |       | 聯絡地址         |                   |  |
| 見習機構名稱 |           |    |                                                       | 見習時間  | 年 月 日至 年 月 日 |                   |  |

### 二、學習記錄

|            |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |
|------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 學習類別 (請勾選) | <input type="checkbox"/> 認識環境與流程                                  | <input type="checkbox"/> 專業指導                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 個案討論與應用             |
| 學習項目 (請勾選) | <input type="checkbox"/> 課程安排<br><input type="checkbox"/> 照護團隊與流程 | <input type="checkbox"/> 醫師 ( <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 病房)，時數 小時<br><input type="checkbox"/> 護理 ( <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 病房)，時數 小時<br><input type="checkbox"/> 營養 ( <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 病房)，時數 小時 | <input type="checkbox"/> 個案討論及衛教應用<br>，時數 小時 |

### 三、總檢討與心得報告

|                                                        |                                           |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 學習成效與建議：<br><u>請敘述</u> (含心得、見習單位優缺點與師資總評等....)         | 與原工作單位 (或舊有經驗) 比較糖尿病照護之差異性：<br><u>請敘述</u> |
|                                                        |                                           |
| 未來返回原單位或至新單位後之計畫 (含糖尿病照護改善計畫、自我能力提升計畫等...): <u>請敘述</u> |                                           |

### 四、審核

|                   |       |  |      |  |                                                          |  |    |        |
|-------------------|-------|--|------|--|----------------------------------------------------------|--|----|--------|
| 審核日期              | 年 月 日 |  | 審核結果 |  | <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 |  |    | 見習單位核章 |
| 見習機構<br>指導員簽<br>章 | 醫師    |  | 藥師   |  | 護理                                                       |  | 營養 |        |
| 備 註               |       |  |      |  |                                                          |  |    |        |

見習學員簽章：\_\_\_\_\_