附件2：

**参保人员治疗阶段评价表**

姓名： 性别： 年龄： 病区：

床号： 住院号： 入院时间： 评价时间：

|  |
| --- |
| 一般情况：T: \_\_\_\_℃ P:\_\_\_\_\_次/分 R:\_\_\_\_\_次/分 BP:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_mmHg 体重：\_\_\_\_\_Kg 饮食：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_次/日 睡眠：\_\_\_\_\_\_ 大便性状：\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_次/日 小便：\_\_\_\_次/日 |
| 感知、认知、思维、活动能力情况变化： |
| 各系统及主要脏器功能变化： |
| 专科情况： |
| 辅助检查： |
| 据此考虑：出院 近日出院 继续住院治疗 转院 |

评估人： 评估小组组长：