末期腎衰竭治療模式衛教表　　年　月　日

醫院/診所名稱：　　病患來源：□ 門診 □ 住院

病患姓名：　　病歷號碼：　　性別：□ 男 □ 女

身分證字號：　　出生年月日：　　年　　月　　日

病患教育程度：□不識字□小學□初中□高中□大專□研究所

病患家庭狀態：□未成年受扶養□有職業獨立工作□因病修養半工作狀態

□因病無法工作□退休獨立生活□年邁或因病受照顧

陪同家屬：□ 配偶 □ 子女 □ 兄弟姊妹 □ 家長 □ 其他:

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
□透析通路和原理	□透析通路和原理	□移植的術前評估
□透析場所/時間/執行者	□透析場所/時間/執行者	□移植的優點和缺點
□透析可能產生的症狀	□透析可能產生的症狀	□移植的併發症
□適應症及禁忌症	□適應症及禁忌症	□適應症及禁忌症
□飲食/血壓/貧血控制	□飲食/血壓/貧血控制	□移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
□其它(居家照護、社會福利等)	□其它(居家照護、社會福利等)	□其它(居家照護、社會福利等)

『末期腎衰竭治療模式衛教』病患滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？
   □非常足夠 □足夠 □普通 □不足夠 □非常不足夠
2. 您對衛教的方式滿意嗎？
   □非常滿意 □滿意 □普通 □不滿意 □非常不滿意
3. 您對衛教內容瞭解嗎？
   □非常瞭解 □瞭解 □稍微瞭解 □不瞭解 □非常不瞭解
4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？
   □非常有幫助 □有幫助 □普通 □沒有幫助 □完全沒有幫助

病患或病患家屬簽名：　　衛教者簽名：