

<i>Room Number</i>			
<i>Name / Clinic No.</i>			
<i>Doctor</i>			
<i>Allergies</i>			
<i>Diagnosis</i>			
<i>History</i>			
<i>Height / Weight</i>			
<i>Weight Loss / Gain</i>			
<i>Living Will</i>	Y N		
<i>POA</i>	Y N	<i>Name:</i>	
<i>Contact Person</i>		<i>Phone #</i>	
<i>Valuables</i>	Y N	<i>See List Attached:</i>	
<i>Occupation</i>			
<i>Flu Vaccine</i>	Y N	<i>Date:</i>	
<i>Pneumonia Vac</i>	Y N	<i>Date:</i>	
<i>Appetite</i>	<i>Poor</i>	<i>Fair</i>	<i>Good</i> <i>Excellent</i>
<i>Home Equipment</i>	<i>Wheelchair</i>	<i>Cane</i>	<i>Walker</i> <i>Oxygen</i>
<i>Falls</i>			
<i>Smoke</i>	Y N	<i>How often / long?:</i>	
<i>Alcohol / Caffeine</i>	Y N	<i>How much / last drink?:</i>	
<i>Sleep Habits</i>			
<i>Last BM</i>			
<i>Education Topics</i>			
<i>Learning Style</i>			

*Home Medications*

*Notes:*

\*givEReport