

INTRAVENOUS	24	01	02	03	04	05	06	07	8 Hour Total	08	09	10	11	12	13	14	15	8 Hour Total	16	17	18	19	20	21	22	23	8 Hour Total

COLLOID/BLOOD	24	01	02	03	04	05	06	07	8 Hour Total	08	09	10	11	12	13	14	15	8 Hour Total	16	17	18	19	20	21	22	23	8 Hour Total

HYPERALIMENTATION	24	01	02	03	04	05	06	07	8 Hour Total	08	09	10	11	12	13	14	15	8 Hour Total	16	17	18	19	20	21	22	23	8 Hour Total

8 HOUR SUBTOTALS																												
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PO DIET/TUBE FEEDINGS	24	01	02	03	04	05	06	07	8 Hour Total	08	09	10	11	12	13	14	15	8 Hour Total	16	17	18	19	20	21	22	23	8 Hour Total

8 HOUR SUBTOTALS																												
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TOTALS	8 HOUR INTAKE								8 HOUR INTAKE								8 HOUR INTAKE							
--------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--

	24	01	02	03	04	05	06	07	8 Hour Total	08	09	10	11	12	13	14	15	8 Hour Total	16	17	18	19	20	21	22	23	8 Hour Total
URINE																											
NG																											
STOOL																											
DRAINS:																											
EMESIS																											
OTHER																											

TOTALS	8 HOUR OUTPUT								8 HOUR OUTPUT								8 HOUR OUTPUT							
--------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--

TOTALS	24 HOUR INTAKE								PO:	IV:	24 HOUR OUTPUT							
--------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----	----------------	--	--	--	--	--	--	--

NURSE:	NURSE:								NURSE:										
Carton Milk	240	Soup bowl								150	Sherbet & ices - sm.								120
Fruit juice glass	120	Coffee or tea								240	lg.								150
Cream container	90	Jello								120	Ice cream								120

DATE _____
NAME _____ Last _____ First _____ M.R. NO. _____

Patient Label

INTAKE AND OUTPUT FORM