

長期照顧服務個案評估量表

(96.11.15 行政院長期照顧制度推動小組第三次委員會議審議通過)

□1. 初評--評估日期：____年____月____日，時間：_____至_____ 個案編號：_____

□2. 複評--評估日期：____年____月____日，時間：_____至_____

第一部分：個案基本資料

姓 名：_____
身分證字號：□—□□□□□□□□□□
性 別：1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女 生 日：民國(1. 前 2. 國)____年____月____日
婚姻狀況：1. <input type="checkbox"/> 未婚 2. <input type="checkbox"/> 已婚 3. <input type="checkbox"/> 離婚 4. <input type="checkbox"/> 分居 5. <input type="checkbox"/> 喪偶 6. <input type="checkbox"/> 其他_____
社會福利身份別： (1) 1. <input type="checkbox"/> 一般戶 2. <input type="checkbox"/> 中低收入 3. <input type="checkbox"/> 低收入戶 (2) 是否為榮民、榮譽：0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 (3) 是否為山地原住民：0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是(以實際居住為限)，族別：_____
(4) 是否有身心障礙手冊： 0. <input type="checkbox"/> 沒有 1. <input type="checkbox"/> 申請中 2. <input type="checkbox"/> 有(請填答下列二題)
a. 障礙類別：1. <input type="checkbox"/> 視覺障礙 2. <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 3. <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 4. <input type="checkbox"/> 慢性精神病患 5. <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 6. <input type="checkbox"/> 肢體障礙 7. <input type="checkbox"/> 智能障礙 8. <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 9. <input type="checkbox"/> 顏面損傷 10. <input type="checkbox"/> 植物人 11. <input type="checkbox"/> 失智症 12. <input type="checkbox"/> 自閉症 13. <input type="checkbox"/> 頑型(難治型)癲癇症 14. <input type="checkbox"/> 多重障礙 15. <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 16. <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)
b. 障礙等級 1. <input type="checkbox"/> 輕度 2. <input type="checkbox"/> 中度 3. <input type="checkbox"/> 重度 4. <input type="checkbox"/> 極重度
c. 重新鑑定日期：____/____/____
經濟來源：1. <input type="checkbox"/> 子女供應 2. <input type="checkbox"/> 父母供應 3. <input type="checkbox"/> 退休俸_____元/月 4. <input type="checkbox"/> 自己或配偶工作收入_____元/月 5. <input type="checkbox"/> 社會福利補助_____元/月 6. <input type="checkbox"/> 其他_____
常用語言：1. <input type="checkbox"/> 國語 2. <input type="checkbox"/> 台語 3. <input type="checkbox"/> 客家語 4. 原住民族語_____ 5. <input type="checkbox"/> 其他_____
教育程度：1. <input type="checkbox"/> 不識字 2. <input type="checkbox"/> 識字，但未曾就學 3. <input type="checkbox"/> 特教班(<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中) 4. <input type="checkbox"/> 國小 5. <input type="checkbox"/> 國中 6. <input type="checkbox"/> 高中 7. <input type="checkbox"/> 大專 8. <input type="checkbox"/> 研究所以上 9. 其它：_____
宗教信仰：1. <input type="checkbox"/> 道教 2. <input type="checkbox"/> 佛教 3. <input type="checkbox"/> 基督教 4. <input type="checkbox"/> 天主教 5. <input type="checkbox"/> 一貫道 6. <input type="checkbox"/> 回教 7. <input type="checkbox"/> 其他_____
現居住址：_____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街 _____段_____巷_____弄_____號_____樓
聯絡電話：(日)_____ (夜)_____
戶籍住址： <input type="checkbox"/> 同現居住址
_____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街 _____段_____巷_____弄_____號_____樓
主要聯絡人：_____與個案關係：_____聯絡電話/手機：_____
主要照顧者：_____與個案關係：_____聯絡電話/手機：_____
案主居住狀況： 1. <input type="checkbox"/> 獨居 2. <input type="checkbox"/> 配偶同住 3. <input type="checkbox"/> 子女同住 4. <input type="checkbox"/> 子女家輪流住 5. <input type="checkbox"/> 親友或孫代子女 6. <input type="checkbox"/> 其他_____

第二部分：健康狀況

(1)意識狀態： 1. 清醒 2. 嗜睡 3. 混亂 4. 昏迷 5. 其他：_____

(2)皮膚狀況： 1. 正常
 2. 異常；皮膚異常狀況
 ① 過度乾燥有皮屑 ② 淤青 ③ 有疹子 ④ 傷口（部位：_____大小：_____；等級：_____類別：擦傷、割傷 術後傷口 燒燙傷
壓瘡其他慢性傷口：_____） ⑤ 其他_____

(3)目前是否接受其他特殊照護
 0. 否
 1. 是（① 鼻胃管 ② 氣切管 ③ 導尿管 ④ 呼吸器 ⑤ 傷口引流管
 ⑥ 造瘻部位 ⑦ 氧氣治療 ⑧ 其他_____）

(4)目前飲食型態：1. 一般飲食 2. 軟質 3. 流質 4. 特殊治療飲食：_____ 5. 其他_____

(5)進食方式：1. 由口進食 2. 管灌 3. 其他_____

(6)營養狀況評估：依個案情形逐一圈選下列選項之得分，並在最後計算總分

1. 身高：_____公分 2. 體重：_____公斤 3. BMI：_____ 4. 無法評估

過去三個月是否因食慾不佳、消化問題、咀嚼或吞嚥困難致進食量越來越少？ 0分：嚴重食慾不佳 1分：中度食慾不佳 2分：食慾無變化	分
近三個月體重變化？（ <input type="checkbox"/> 減_____公斤） 0分：體重減輕>3公斤 1分：不知道 2分：體重減輕1-3公斤 3分：體重無變化	分
行動力？ 0分：臥床或輪椅 1分：可下床活動或離開輪椅但無法自由走動 2分：可以自由走動	分
過去三個月內曾有精神性壓力或急性疾病發作？ 0分：是 2分：否	分
神經精神問題？ 0分=嚴重失智或抑鬱； 1分=輕度失智 2分=無精神問題	分
身體質量指數（BMI）？ 0分：BMI ≤ 18.5 1分：18.5 < BMI ≤ 24 2分：24 < BMI ≤ 27 3分：BMI > 27	分
合 計	分

*總分 ≤ 11 分可能營養不良建議營養師介入評估指導

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療
1. <input type="checkbox"/> 中風		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	10. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
2. <input type="checkbox"/> 高血壓		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	11. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
3. <input type="checkbox"/> 心臟病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	12. <input type="checkbox"/> 免疫疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
4. <input type="checkbox"/> 糖尿病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	13. <input type="checkbox"/> 失智症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
5. <input type="checkbox"/> 消化系統（肝、膽、 腸、胃）		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病 (肺結核、愛滋 病、梅毒、B型肝炎)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 治療階段：
6. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	15. <input type="checkbox"/> 其他呼吸系 統疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
7. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	16. <input type="checkbox"/> 腦性麻痺		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
8. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	17. <input type="checkbox"/> 癌症： 癌		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
			18. <input type="checkbox"/> 其他：		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是

9. <input type="checkbox"/> 骨骼系統(關節炎、骨折)	0. <input type="checkbox"/> 否 是	1. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/> 以上皆無
--	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

(7)疾病史

(8)溝通：

1. 視力：① 清晰 ② 模糊：左/右 ③ 失明：左/右 ④ 其他：_____

2. 聽力：① 清晰 ② 重聽：左/右 ③ 失聰：左/右 ④ 其他：_____

3. 說話：① 良好 ② 僅可表達簡單的句子 ③ 僅可表達零碎的詞
④ 僅可表達零碎的字 ⑤ 無法言語/言語無法令人理解/言語不具意義

4. 理解能力：① 良好 ② 僅可理解簡單的句子 ③ 僅可理解關鍵詞
④ 僅可理解關鍵字 ⑤ 無法理解 ⑥ 無法判斷理解能力

(9)是否使用輔具：

0. 否

1. 是：① 單手拐杖 ② 助行器 ③ 腋下拐杖 ④ 輪椅 ⑤ 義肢
⑥ 氣墊床 ⑦ 抽痰機 ⑧ 助聽器 ⑨ 眼鏡 ⑩ 便盆椅
⑪ 氧氣筒、氧氣製造機 ⑫ 其他：_____

【肌力與關節活動度評估】

(等級：1. 正常 2. 較差 3. 極差)

左上肢：肌力	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差；	關節活動度	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差
右上肢：肌力	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差；	關節活動度	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差
左下肢：肌力	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差；	關節活動度	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差
右下肢：肌力	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差；	關節活動度	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差
左手握力：	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差；	右手握力：	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 較差 <input type="checkbox"/> 3. 極差

第三部分、日常生活與自我照顧能力

A、基本日常生活活動能力 (ADL) (以最近一個月的表現為準) (若個案有使用輔具，則以輔具使用之下情形評估其巴氏量表。)	
1、進食：請問您(您_____)吃飯時是否需要協助？	
不需協助 <input type="checkbox"/> 10分— (1) 可自行取食眼前食物 (2) 吃完一餐 (3) 合理時間內吃完 (4) 自行穿脫輔具	需協助 <input type="checkbox"/> 5分— (1) 要幫忙切食物、弄碎 (2) 要先幫忙穿脫進食輔具 <input type="checkbox"/> 0分— (1) 灌食 (2) 只能嘴動，手不會舀(需人餵食)
2、移位：請問您(您_____)從床上坐起及移位到椅子(或輪椅)上，是否需要幫忙？如何幫忙？	
不需協助 <input type="checkbox"/> 15分— (1) 可自行坐起、移位，並回到原位 (2) 若使用輪椅，包含自行煞車、移開踏板 (3) 沒有安全上顧慮，不需有人在旁監督	需協助 <input type="checkbox"/> 10分—坐起及移位過程中需些微協助(如：輕扶以保持平衡，或提醒，或因安全顧慮需有人在旁監督) <input type="checkbox"/> 5分—可自行獨立坐起，但由床移位到椅子上時，須1人大量的肢體協助 <input type="checkbox"/> 0分—需人協助才能坐起，或需2人幫忙扶持才可移位
3、如廁：請問您(您_____)上廁所過程中(包括到馬桶、穿脫衣物、擦拭、沖水)，是否需要幫忙？如何幫忙？	
不需協助 <input type="checkbox"/> 10分— (1) 可自行上下馬桶 (2) 穿脫衣物且不弄髒 (3) 使用後擦拭清潔 (4) 不需有人監督安全 (5) 若使用便盆，包含自行取放及清洗	需協助 <input type="checkbox"/> 5分—只需協助保持平衡，整理衣物或使用衛生紙 <input type="checkbox"/> 0分—需人協助
4、洗澡：請問您(您_____)洗澡是否協助？	
不需協助 <input type="checkbox"/> 5分—可自行完成盆浴或淋浴	需協助 <input type="checkbox"/> 0分—需別人協助或監督才能完成盆浴或淋浴

5、平地走動：	
(a) 請問您(您_____)是否可以在平地走 50 公尺以上？需要人協助嗎？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 15 分— (1) 使用或不使用輔具(包含支架、義肢、無輪之助行器)，可行走 50 公尺以上 (2) 並可起立/坐下	<input type="checkbox"/> 10 分—需稍微扶持或口頭教導，即可行走 50 公尺以上
(b)是否可操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門、接近桌子、床沿)？	
	<input type="checkbox"/> 5 分—可以操作輪椅 <input type="checkbox"/> 0 分—操作輪椅需要幫忙，或行走時需大量扶持，或無法行走
6、穿脫衣褲鞋襪：請問您(您_____)是否需人協助穿脫衣褲鞋襪(義肢、支架)？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分— (1) 可自行穿脫衣褲鞋襪(義肢、支架)，包含有必要時之繫緊、綁帶子、扣扣子等 (2) 合理時間內完成 (3) 可使用輔具	<input type="checkbox"/> 5 分—在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作 <input type="checkbox"/> 0 分—需別人完全幫忙
失能項數： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度(1~2 項) <input type="checkbox"/> 中度(3~4 項) <input type="checkbox"/> 重度(≥5 項)	
7、個人衛生：請問您(您_____)刷牙、洗臉、洗手、梳頭髮、(刮鬍子)是否需要幫忙？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 5 分—可自行完成上列所有項目，且不需監督	<input type="checkbox"/> 0 分—需協助才能完成上列項目
8、上下樓梯：請問您(您_____)上下樓梯一層樓是否需要協助？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分—可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)	<input type="checkbox"/> 5 分—需稍扶持或口頭指導或監督 <input type="checkbox"/> 0 分—無法或需大量協助
9、大便控制：請問您(您_____)是否曾發生大便失禁的情形？(若有)失禁頻率為何？是否需人協助處理？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10 分—不會失禁，必要時會自行使用塞劑(軟便劑)	<input type="checkbox"/> 5 分— (1) 偶爾會失禁(每週不超過一次) (2) 使用塞劑(軟便劑)時需人幫忙 <input type="checkbox"/> 0 分—需人協助處理

10、小便控制：請問您(您 _____)是否曾發生小便失禁的情形？(若有)失禁頻率為何？是否需人協助處理？	
不需協助	需協助
<input type="checkbox"/> 10分—不會失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿袋	<input type="checkbox"/> 5分— (1) 偶爾會失禁(每週不超過一次) (2) 使用尿布尿袋時需人幫忙 <input type="checkbox"/> 0分—需人協助處理
基本日常生活活動能力總分： _____	

B、工具性日常生活活動能力 (IADL) (以最近一個月的表現為準)	
1. 上街購物 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 3. 獨立完成所有購物需求 <input type="checkbox"/> 2. 獨立購買日常生活用品 <input type="checkbox"/> 1. 每一次上街購物都需要有人陪 <input type="checkbox"/> 0. 完全不會上街購物	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。
2. 外出活動 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 4. 能夠自己開車、騎車 <input type="checkbox"/> 3. 能夠自己搭乘大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 2. 能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 1. 當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 0. 完全不能出門	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。
3. 食物烹調 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 3. 能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜 <input type="checkbox"/> 2. 如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜 <input type="checkbox"/> 1. 會將已做好的飯菜加熱 <input type="checkbox"/> 0. 需要別人把飯菜煮好、擺好	勾選 0. 者，列為失能項目。
4. 家務維持 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 4. 能做較繁重的家事或需偶爾家事協助(如搬動沙發、擦地板、洗窗戶) <input type="checkbox"/> 3. 能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被 <input type="checkbox"/> 2. 能在家事，但不能達到可被接受的整潔程度 <input type="checkbox"/> 1. 所有的家事都需要別人協助 <input type="checkbox"/> 0. 完全不會做家事	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。

5. 洗衣服 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 2. 自己清洗所有衣物 <input type="checkbox"/> 1. 只清洗小件衣物 <input type="checkbox"/> 0. 完全依賴他人	勾選 0. 者，列為失能項目。
6. 使用電話的能力 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 3. 獨立使用電話，含查電話簿、撥號等 <input type="checkbox"/> 2. 僅可撥熟悉的電話號碼 <input type="checkbox"/> 1. 僅會接電話，不會撥電話 <input type="checkbox"/> 0. 完全不會使用電話	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。
7. 服用藥物 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 3. 能自己負責在正確的時間用正確的藥物 <input type="checkbox"/> 2. 需要提醒或少許協助 <input type="checkbox"/> 1. 如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用 <input type="checkbox"/> 0. 不能自己服用藥物	勾選 1. 或 0. 者，列為失能項目。
8. 處理財務能力 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 <input type="checkbox"/> 2. 可以獨立處理財務 <input type="checkbox"/> 1. 可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣 <input type="checkbox"/> 0. 不能處理錢財	勾選 0. 者，列為失能項目。
<p>是否符合失能補助標準：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>(註：上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服等五項中有三項以上需要協助者即為輕度失能)</p>	

第四部分、認知功能

(1) 認知功能評估(需個案自答不可代答)

進行方式：依下表所列的問題，詢問個案並將結果紀錄下來，(如果個案家中沒有電話，可將 4 題改為 4A 題)，答錯的問題請紀錄下來。 無法評估_____

對	錯	問 題	注意事項
		1. 今天是幾年幾月幾日?__年__月__日	年月日都對才算正確
		2. 今天是星期幾?	星期對才算正確
		3. 這裡是什麼地方?	對所在地的任何描述都算正確；說「我家」或正確說出城鎮等都可接受。
		4. 你的電話號碼是幾號?	證實電話號碼無誤即算正確；或在會談時，能在兩次間隔較長的時間內重複相同的號碼即算正確。
		4A. 你住在什麼地方?	當個案沒有電話時才問
		5. 你幾歲了?	年齡與出生年月日符合才算正確。
		6. 你的生日是哪一天?	年月日都對才算正確。
		7. 現任總統是誰?	姓氏正確即可
		8. 前任總統是誰?	姓氏正確即可

對	錯	問 題	注意事項
		9. 你媽媽叫什麼名字？	不需特別證實，只需個案說出一個與他不同的女性姓名即可。
		10. 從 20 減 3 開始算，一直減 3 減下去。	期間如出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。
錯誤題數：_____題 (請依照錯誤題數及個案教育程度，於下表勾選心智功能程度)			

	<input type="checkbox"/> 心智功能完好	<input type="checkbox"/> 輕度智力缺損	<input type="checkbox"/> 中度智力缺損	<input type="checkbox"/> 嚴重智力缺損
小學	0-3 題錯誤	4-5 題錯誤	6-8 題錯誤	9-10 題錯誤
一般(國中)	0-2 題錯誤	3-4 題錯誤	5-7 題錯誤	8-10 題錯誤
高中	0-1 題錯誤	2-3 題錯誤	4-6 題錯誤	7-10 題錯誤

(2) 個案認知功能狀態及需協助程度*個案無法配合回答上述問題時，請填寫此表。

*藉由觀察個案實際執行日常事務，以評估其認知功能狀態。

分數	需協助程度	描述	備註
0	完全協助	需外界刺激，才有反應	如吞嚥、疼痛反應
1	大量協助	需示範及肢體感覺刺激，以完成大動作活動	如摸頭、抬腿
2	中等協助	需持續示範及提醒，才能完成簡單、重覆性活動	如吃飯、刷牙
3	少量協助	需重覆提醒錯誤，確保安全，無法解決突發困難	如依天氣選擇衣物
4	需監督	做新事務需監督，無法注意安全，或出現錯誤	如：用藥、開關瓦斯
5	獨立不需協助	不需協助	

(3) 行為

1. 正常 2. 遊走 3. 日落症候群 4. 畏縮 5. 不適當的性行為
6. 言語侵犯 7. 身體侵犯 8. 躁動不安 9. 獨自離家未回 10. 自我傷害
11. 有危險用火記錄或傾向 12. 妄想 13. 自言自語 14. 無法評估
15. 其他：_____

(4) 情緒

1. 適當的 2. 焦慮的 3. 異常欣快 4. 起伏易變 5. 遲滯的
6. 情緒低落 7. 易怒的 8. 其他：_____ 9. 無法評估

*** 憂鬱評估**

1. 上一個禮拜中，您是否有下面的情形和感覺？是從來沒有、很少、有時候，還是常常？	1、從未 (<1天)	2、有時 (1~2天)	3、常常 (3~7天)
a. 不想吃東西、胃口不好	0	1	2
b. 覺得心情很不好	0	1	2
c. 覺得做事情很不順利	0	1	2
d. 睡不安穩	0	1	2
e. 覺得很快樂	2	1	0
f. 覺得很孤單、寂寞	0	1	2
g. 覺得人人都不友善(對您不好)	0	1	2
h. 覺得日子過得很好很享受人生	2	1	0
i. 覺得很悲哀	0	1	2
j. 覺得別人不喜歡您	0	1	2
k. 提不起勁做任何事	0	1	2

※總分：_____ 資料來源：本人 其他：_____

憂鬱判斷分數如下：男性總分 12 分以上，女性總分 10 分以上，有憂鬱傾向，建議轉介心理衛生中心

第五部分、個案居家環境狀況：

(1)住屋種類： 1. <input type="checkbox"/> 平房 2. <input type="checkbox"/> 公寓__樓 3. <input type="checkbox"/> 電梯大廈 4. <input type="checkbox"/> 透天厝/樓中樓 5. <input type="checkbox"/> 其他_____	(2)所有權：1. <input type="checkbox"/> 自有 2. <input type="checkbox"/> 租借 3. <input type="checkbox"/> 其他_____
(4) 居家環境安全 一年內跌倒紀錄 0. <input type="checkbox"/> 無 1. <input type="checkbox"/> 有 a. 一年內個案跌倒發生次數：_____	
b. 跌倒主要發生地點 ① <input type="checkbox"/> 臥室 ② <input type="checkbox"/> 客廳 ③ <input type="checkbox"/> 浴室 ④ <input type="checkbox"/> 樓梯 ⑤ <input type="checkbox"/> 陽台 ⑥ <input type="checkbox"/> 走道 ⑦ <input type="checkbox"/> 廚房 ⑧ <input type="checkbox"/> 室外_____ ⑨ <input type="checkbox"/> 其他_____	
(5)居家環境衛生： 0. <input type="checkbox"/> 無異常狀況 1. <input type="checkbox"/> 異常 (① <input type="checkbox"/> 異味 ② <input type="checkbox"/> 雜物堆放，久積灰塵 ③ <input type="checkbox"/> 通風不良 ④ <input type="checkbox"/> 蚊蟲滋生 ⑤ <input type="checkbox"/> 缺水 ⑥ <input type="checkbox"/> 家中無紗門、紗窗 ⑦ <input type="checkbox"/> 熱水器置於室內 ⑧ <input type="checkbox"/> 其他_____)	

環境總評：1. 居家環境不良(衛生)

2. 居家空間不方便(無障礙設施不足)

① 出入口工程：_____

② 廚房改善工程：_____

③ 浴室改善工程：_____

④ 聽障者之環境輔具：_____

⑤ 其他：_____

3. 居家環境不安全(居住危險地區)

4. 以上皆無

5. 其他：_____

第六部分、家庭支持狀況

A、家系圖

請繪出個案的家系圖(需畫出三代、同住者)，並註明個案與每位成員的互動關係

B、主要照顧者評估※主要照顧者係指平時給予個案 ADL 或 IADL 幫助最多者(非僱傭關係者)

無主要照顧者 有主要照顧者 有主要照顧者，不與個案同住

(1)姓名：_____

(2)與個案關係：

1. 配偶 2. 未婚兒子 3. 未婚女兒 4. 已婚兒子 5. 媳婦 6. 已婚女兒/
女婿

7. 孫子/孫女 8. 父母 9. 兄弟姊妹 10. 公婆 11. 岳父母

12. 其他_____

(3)年齡：_____

(4)性別： 1. 男 2. 女

(5)特殊狀況：1. 在學 2. 服兵役 3. 持有重大傷病卡：_____

4. 持有身障手冊：_____ (障別/等級) 5. 其他：_____ 6. 以上皆無

(6)目前就業狀況 1. 無 2. 全職 3. 兼職(部分時間工作)

(7)每天照顧時間

1. 全天 2. 部分時間(每日平均_____小時)

(8)照顧個案年月數_____年_____月

(9)自認為在照顧個案上最需要協助的地方是_____

(10)主要照顧者負荷：依照實際情形圈選適合選項

主要照顧者身體健康	1. 主要照顧者的健康與過去差不多，沒什麼變化。 2. 主要照顧者因照顧個案而感到疲累、身體不適，但不需看醫師。 3. 主要照顧者因照顧個案而感到疲累、身體不適，而需要看醫師或接受治療，但仍可繼續照顧。 4. 主要照顧者因照顧個案而太過疲累而需要住院，或無法繼續照顧，必須換人。
主要照顧者心理狀況	1. 主要照顧者的心理狀況與過去一樣，沒什麼變化。 2. 主要照顧者的情緒偶爾會焦慮、擔心、憂鬱，但不至於影響生活作息。 3. 主要照顧者會受個案影響而情緒變化大甚至需要服用鎮定劑、安眠藥。 4. 主要照顧者會因個案影響心理狀況產生精神症狀需常看醫師或住院。
家庭的互動關係	1. 家人的互動關係由於個案的相關問題而更能互相關心或沒什麼改變。 2. 家人的關係會因為個案的相關問題而起小衝突，但尚能解決問題，維持和諧關係。 3. 家人之間會因個案的相關問題而常發生衝突，有些衝突不易解決，但尚不致嚴重破壞家庭的和諧。 4. 家人因個案的相關問題常發生嚴重衝突無法解決而嚴重破壞關係，或常處於緊張狀態。
家庭照顧者負荷總計分：_____ (必填)	
照顧者總評：1. <input type="checkbox"/> 照護品質不佳 2. <input type="checkbox"/> 家庭照護負荷過重 3. <input type="checkbox"/> 家屬無照護意願 4. <input type="checkbox"/> 以上皆無 5. <input type="checkbox"/> 其他：_____	

C、次要照顧者 (姓名) _____	與個案關係： _____
---------------------------	--------------

D、疏忽與受虐 個案有受虐與疏忽： 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 → 說明： _____ (請通報家暴中心社工員)

E、同戶中另有長期照顧管理中心服務對象： 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 → 姓名： _____
--

F、同戶中是否有其他長期照顧需求之潛在個案： 0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 → 姓名： _____
--

個案總評：

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 獨居 | 2. <input type="checkbox"/> 技術性護理需求高 | 3. <input type="checkbox"/> 密集日常生活需要完全照護 |
| 4. <input type="checkbox"/> 個案問題行為 | 5. <input type="checkbox"/> 遭疏忽受虐 | 6. <input type="checkbox"/> 家中無照護人力 |
| 7. <input type="checkbox"/> 以上皆無 | 8. <input type="checkbox"/> 其他： _____ | |

第七部分、社會資源使用狀況

個案是否使用社會資源： 0. 否 1. 是 (若填否，以下免填)

一、社會福利資源

1. 居家服務 (提供單位：_____)
① 家務服務 ② 餐飲服務 ③ 代購物品 ④ 協助進食 ⑤ 陪同散步
⑥ 翻身拍背 ⑦ 協助沐浴 ⑧ 穿換衣服 ⑨ 其他_____
2. 居家喘息服務 (提供單位：_____)
3. 機構喘息服務 (提供單位：_____)
4. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 (提供單位：_____)
5. 日間照護(顧)中心 (提供單位：_____)
6. 家庭托顧 (提供單位：_____)
7. 居家營養指導服務 (提供單位：_____)
8. 交通接送服務 (提供單位：_____)
9. 其他機構 / 團體：_____

二、醫療資源

1. 居家護理 (提供單位：_____)
2. 居家職能治療 (提供單位：_____)
3. 居家物理治療 (提供單位：_____)
4. 社區職能治療 (提供單位：_____)
5. 社區物理治療 (提供單位：_____)
6. 精神醫療：① 日間留院 ② 社區復健中心 ③ 康復之家 ④ 其他：_____
7. 機構照護 (提供單位：_____)
8. 其他機構 / 團體：_____

- 三、志願服務
1. 關懷訪視 (提供單位：_____)
 2. 電話問安 (提供單位：_____)
 3. 送餐服務 (提供單位：_____)
 4. 交通接送服務 (提供單位：_____)
 5. 休閒娛樂活動 (提供單位：_____)
 6. 其他_____
 7. 以上皆無

個案姓名：_____

現居住地：_____ (鄉、鎮、市)

第八部分、照顧計畫

請簡述個案情況及照顧計畫

1. 個案狀況摘要 2. 問題分析 3. 案主與案家期待 4. 照顧計畫說明

核定服務項目	服務頻率	建議服務內容	個案及家屬 使用意願
<input type="checkbox"/> 1. 居家服務 <input type="checkbox"/> 2. 日間照顧 <input type="checkbox"/> 3. 家庭托顧	小時/月 小時/月 小時/月	<input type="checkbox"/> 家務服務 <input type="checkbox"/> 餐飲服務 <input type="checkbox"/> 代購物品 <input type="checkbox"/> 協助進食 <input type="checkbox"/> 陪同散步 <input type="checkbox"/> 翻身拍背 <input type="checkbox"/> 協助沐浴 <input type="checkbox"/> 穿換衣服 <input type="checkbox"/> 其他	0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 4. 居家喘息服務	天/年		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 5. 機構喘息服務 <input type="checkbox"/> 交通費	天/年 趟/年		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 6. 居家護理 <input type="checkbox"/> 交通費	次/月 趟/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 7. 居家職能治療 <input type="checkbox"/> 交通費	次/月 趟/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 8. 居家物理治療 <input type="checkbox"/> 交通費	次/月 趟/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 9. 社區職能治療	次/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 10. 社區物理治療	次/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 11. 輔具購買、租借及居家無障礙 環境改善			0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 12. 老人營養餐飲服務			0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 13. 交通接送服務	趟/月		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 14. 機構服務		<input type="checkbox"/> 長期照護型機構 <input type="checkbox"/> 養護型機構 <input type="checkbox"/> 失智照顧型機構 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 精神護理之家 <input type="checkbox"/> 其他：_____	0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
<input type="checkbox"/> 15. 除住宿機構服務外，仍無法滿足其需求			
<input type="checkbox"/> 16. 轉介其他資源： <input type="checkbox"/> 關懷訪視 <input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 諮詢服務 <input type="checkbox"/> 中低特照津貼 <input type="checkbox"/> 轉介精神科 <input type="checkbox"/> 口腔保健 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
<input type="checkbox"/> 疑義複查			
照顧管理專員：_____ 業務單位主管：_____ 核定日期：_____年____月____日			