



# 新生醫護管理專科學校

## 長期照護科

### 106 學年度長期照護實習(二)

#### 實習手冊



## 目錄

一、長期照護實習二實習計畫書.....	3
二、長期照護實習二實習機構名單(附件一).....	6
三、長期照護校外實習實施要點(附件二).....	7
四、實習機構基本資料表(附件三) .....	10
五、實習機構評估表(附件四) .....	11
六、長期照護科實習申請表(附件五) .....	12
七、長期照護實習二排班表(附件六).....	13
八、實習訪視單(附件七).....	14
九、成績評量表(實習機構督導老師)(附件八).....	15
十、成績評量表( (附件九).....	16
十一、 學生實習成績彙總表(實習指導老師) (附件十) .....	17
十二、 長期照護實習二實習記錄(附件十一).....	18
十三、 實習總心得 (附件十二) .....	19
十四、 改善提案報告 (附件十三) .....	21
十五、 居家督導個案紀錄(附件十四).....	22
十六、 實習討論會會議紀錄單(附件十五).....	40
十七、 時數記錄表(附件十六) .....	41
十八、 實習單位對學生及實習課程滿意度(附件十七).....	42
十九、 實習評值問卷(附件十八) .....	43

# 新生醫護管理專科學校 長期照護科在職專班

## 長期照護實習（二） 實習計畫書

103.06.28 訂定

104.12.28 修定

106.11.11.修定

一、科目名稱：長期照護實習（二）

二、實習依據：本實習依據新生醫護管理專科學校長期照護科科目表，擬定本實習計畫。本實習計畫經新生醫護管理專科學校長期照護科 104 學年度科務會議後實施。

三、學分/學時：2 學分/4 學時

四、實習起訖日期：

107 年 1 月 13 日至 107 年 6 月 30 日每週 1-3 天，由實習學生與機構督導老師討論實習時間，並完成班表繳交，共計 9 天（校內執行期初實習說明、實習成果發表計 1 天），機構實習共計 8 天，實習時數不可與工作時數重疊，並於實習結束後繳交實習時數紀錄表。每日實習時間以 8 小時為主，若有需要時，每日可只上四小時之班別，以 6 次為限。

五、實習學生：在職專班二專部二年級學生（附件一）

六、實習機構：凡經政府立案之財團法人或公辦民營之長期照護護理機構、老人福利機構暨照顧管理中心機構，規模為標準設立登記 30 床以上並在最近三年內（103 至 105 年）評鑑為甲等以上者。

七、實習目標：

（一）長期照護機構行政管理組

- 1.瞭解機構的組織架構、業務運作、人員職責及相關之法令規章。
- 2.熟悉機構內相關照護模式與作業系統的操作與使用。
- 3.瞭解住民入出機構流程、轉介作業及隱私權維護。
- 4.運用管理知能，發現個別或群體住民健康問題。
- 5.運用相關資源，改善個別或群體住民生活或健康問題。
- 6.展現與機構團隊之溝通協調/合作之能力。
- 7.應用管理知識技能，針對管理問題，提出改善建議報告。
- 8.熟知公共環境安全設施的管理作業。

（二）居家服務督導組

- 1.瞭解機構的組織架構、業務運作、人員職責及相關之法令規章。
- 2.認識居家服務督導工作內容與流程。
- 3.學習居家服務督導工作基本職能。

- 4.學習居家服務督導工作個案管理工作。
- 5.應用照顧管理知識技能，完成居服督導之行政文書報告。
- 6.展現與居家團隊之溝通協調/合作之能力。
- 7.分享自我成長與提升專業照顧能力。

八、學校指導老師:如附件(一)

九、指導老師職責

(一) 學校指導老師職責:

- 1.指導學生研擬實習計畫、協助追蹤與輔導學生實習。
- 2.提供機構負責之督導老師必要的支援，隨時掌握學生實習狀況。
- 3.主持/參與學生實習中討論會，並完成實習訪視(附件七 實習訪視單)。
- 4.評值學生成績。
- 5.協助督導學生所有單張、作業之繳交。

(二) 實習機構督導老師職責:

- 1.與學生共同擬定個別性實習計畫。
- 2.依學生能力與實習計畫，提供必要之協助及指導。
- 3.主持學生個別、小組、團體討論，經由討論與學生分享自己的專業及管理理念、價值倫理觀及管理技能。
- 4.與學生完成改善提案報告或相關作業過程中，提供必要的資源與協助。
- 5.與學生討論及批改實習相關作業。
- 6.評值學生成績。(附件八、九、十於實習結束完成後，交回學校)。
- 7.視需要與本科實習指導老師聯繫。
- 8.督導老師請假時無法指導，請指派代班職代協助。

十、實習方式與教學活動：

1. 師生比例：1：1-4，學生與個案比例：1：1-2
2. 本實習採模仿式學習（model learning）方式進行，在實習過程中學生扮演單位主管跟隨者的角色，學習單位主管管理技能、處事態度及方法，並從參與實際的業務運作中培養機構管理實作能力。
3. 實習督導老師安排學生參與經營管理運作，以使學生能瞭解實習單位的業務進行。
4. 學生必須與實習督導老師討論實習計畫、實習班表及改善提案報告書寫等相關事宜。

十一、教學進度

由實習學生與單位督導老師共同討論訂定每週之學習目標及進度，並進行評值。

十二、實習作業

1. 實習紀錄(附件十一)

2. 實習總心得：針對實習整體目標達成狀況進行評值與反思，並提出改善意見  
(附件十二)
3. 管理實作-改善提案報告(附件十三)
4. 居家督導個案紀錄(附件十四)
5. 實習成果發表-簡報檔呈現
6. 作業繳交：(附件十一、十二、十三或十四)：以電腦打字，標楷體、12 號字、1.5 倍行高，每頁 30 行，每行 20 字，繳 交時間由實習指導老師依單位及學生狀況訂定之。  
並建立實習檔案，每次批閱之作依 序放置並裝訂繳回。
7. 實習申請表、排班表、實習討論會議紀錄單、時數紀錄表於實習結束時一併繳回。  
(附件五、六、十五、十六)
8. 實習單位對學生及實習課程滿意度，請實習督導老師於實習結束後繳回(附件十七)
9. 實習評值問卷於實習結束後繳回(附件十八)

### 十三、實習評值

本課程學習成果評量由實習單位督導老師評分(占 70%)與實習指導老師評分(占 30%)共同進行評量，評量標準如下

1. 專業知能:40%
2. 人際互動:15%
3. 專業精神:25%
4. 實習作業:20%

### 十四、校外實習實施要點 如附件(二)

## 長期照護科實習(二)實習機構名單

(附件一)

107 年 1 月 13 日至 6 月 30 日，每週 1-3 天，由實習學生與機構督導老師討論實習時間，並完成班表繳交，共計 9 天  
(校內執行期初實習說明、實習期中討論、實習成果發表計 1 天；機構實習共計 8 天)。

實習機構	學生	機構督導老師	校內實習老師
龍德老人長期照顧中心(養護型) 桃園市新屋區新屋里三民路 265 巷 68 號 電話：03-4970361 統編:30382618	詹玫琪 1052209008 任芄豫 10582209007 曾詠嫻 1062209024	林淑虹 03-4970361 Ic1012209007@gamil.com	趙明玲老師 <a href="mailto:maggy-0614@hsc.edu.tw">maggy-0614@hsc.edu.tw</a> 03-4117578 #559
美麗家園老人長期照顧中心(養護型) 新北市汐止區福德路38號2樓、2樓之1 電話：02-2692-6777 統編:26590044	黃意芳 1062209022 呂淑鈴 1052209009 那春花 1052209019 莊佳華 1052209006	林妙麟 護理長 02-26926777 goodhomeland@kimo.com	吳雪菁 老師 <a href="mailto:whc@hsc.edu.tw">whc@hsc.edu.tw</a> 03-4117578#550
懷寧內科診所附設護理之家 桃園市中壢區崇德三路250號 電話:03-4080143 統編:99834784	王根燕 1052209011 游明青 1052209016 吳秀珍 1052209018	林裕華 護理長 0919580080 <a href="mailto:Ueha701211@gmail.com">Ueha701211@gmail.com</a>	趙明玲老師 <a href="mailto:maggy-0614@hsc.edu.tw">maggy-0614@hsc.edu.tw</a> 03-4117578 #559
新康福護理之家 新北市三峽區復興路339號1-2樓 電話:02-26728701 統編:21506547	陳幼菊 1052209021 李秀玲 1052209005 林微婷 1052209020 何佩妮 1052209025	林碧玉 院長 0933234878 f996533@gmail.com	洪麗玲 老師 <a href="mailto:hlling510@gmail.com">hlling510@gmail.com</a> 03-4117578#606
中敏護理之家 桃園市中壢區中山東路二段525號2樓 電話:03-4371000#6000 統編:26505568	謝夏子 1062209011 潘麗華 1052209017 陳慧珠 1052209014 陳浩旻 1052209022	陳熾竹 護理長 03-4371000#208 n000030@e-ms.com.tw	古玉幸 老師 kuyhsin1020@yahoo.com.tw 03-4117578#565
中華民國紅十字會桃園市支會 電話:03-3327609 統編:43861577	林惠娟 1052209024	趙夏萍 督導 03-3327609 Ty.red@msa.hinet.net	古玉幸 老師 kuyhsin1020@yahoo.com.tw 03-4117578#565
旭登護理之家 桃園市八德區樹仁三街601號 電話：03 367 7666 統編:39968909	陳柚安 1052209002	林宜臻 主任 0982307538 03-2181190 rr0329@yahoo.com.tw	古玉幸 老師 kuyhsin1020@yahoo.com.tw 03-4117578#565

## 新生醫護管理專科學校長期照護科校外實習實施要點 (附件二)

105.10.19 105 學年度第 1 學期第 1 次校務會議修正

106.03.29 105 學年度第 2 學期第 1 次校務會議修正

106.11.08 106 學年度第 1 學期第 1 次校務會議修正

- 一、本校長期照護科(以下簡稱本科)為培養學生務實致用的觀念與能力，促使學生及早體驗職場工作，增加學生於職場的適應力與競爭力，特訂定校外實習實施要點（以下簡稱本要點）。
- 二、學生於實習期間應遵守本要點及各實習單位之規定。
- 三、學生實習單位經本科排定後，不得擅自更換，並按排定時間前往實習單位報到。另學生得依需求自行接洽實習單位，但須經本科同意始可前往實習。
- 四、學生有下列情形須重作實習：
  - (一) 實習成績不及格者
  - (二) 事假、病假、曠班時數超過規定時數者，重補時數依請假規則辦理。各科實習有不及格者，須補作完實習，成績及格後方准予畢業。
- 五、實習成績計算方式：
  - (一) 實習單位督導老師評定成績占百分之七十。
  - (二) 指導老師評定成績占百分之三十。學生實習成績低於六十分，由指導老師依學生具體表現陳報本科。
- 六、實習期間如滿十八歲並具有駕照者，得依法駕駛汽、機車。
- 七、學生於實習前應熟知各科實習目標及第八點所列之注意事項，並不得擅自更改實習目標或要求與實習目標不符合之活動。若未遵守規定者依校規予以處分。
- 八、學生實習注意事項：
  - (一) 服裝儀容：應力求整齊清潔並符合學校或實習機構之規定
    1. 在實習單位內應穿著規定之實習服及佩戴識別證。
    2. 於實習場所一律穿著學校實習服或實習場所單位有特別規定者從其規定；著平底鞋，長髮者應挽起。
    3. 每人應備有秒針之手錶乙只，不得佩戴任何飾物。
    4. 凡服裝儀容不符合規定者，隨時令其退出實習場所立刻糾正更換，並視情形予以處分。
  - (二) 態度：
    1. 對個案忠誠服務，維持適度照顧關係。
    2. 不收受個案及家屬之饋贈。
    3. 不借用個案之任何物品。
    4. 保持良好之學習態度，虛心接受實習場所人員指導。
    5. 實習期間應與同學互助合作親愛精誠。
  - (三) 上、下班：
    1. 上下班時間由實習單位安排，排定後不得私自調換，若有特殊情事需更換者，須經本科實習指導老師或實習單位督導老師許可方得更換。

2. 上下班不得遲到早退，下班前應先報告實習單位督導老師並完成交班手續後始得離開。
  3. 上班時間內不得擅自離開工作崗位或怠忽職守。
  4. 上班時間內不得從事與實習無關之私事。
  5. 上班時間內應完成其所負責之工作項目，若下班時工作未完成亦未交班者，除令其返回實習單位完成工作及交班外，以擅離職守議處。
  6. 愛惜公物，善為運用，不浪費，不取為己用。
- (四) 實習請假：學生因病或其他原因無法參與校外實習時，應依本校學生請假規則規定，向學校本科及實習單位辦理請假手續，未依規定辦理以曠班議處。
1. 事假：須於事先或當日早上實習前通知本科實習指導老師或實習單位督導老師，並於一週內出具證明完成請假手續，且須依照請假時數以 1:2 補足實習時數，並於當梯次完成實習補班之作業。
  2. 病假：身體不適而需就醫，得當天以電話或其他方式向實習單位主管請假，並於三日以內持公私立醫院診所之診斷證明，儘速補辦請假手續。請病假須依照請假時數以 1:1 補足實習時數，並於當梯次完成實習補班之作業。
  3. 喪假：得於事發當天以電話或其他方式，向指導老師或實習主管報備，並儘速持訃文補辦請假手續，(訃文上含學生姓名，或死亡診斷證明加家長證明亦可代替訃文)請假日數為父母七日，其他直系親屬三日，旁系親屬一日。請喪假者不需補實習時數。
  4. 遲到、早退、缺席規則：  
遲到：遲到五至三十分鐘，每次扣實習總分零點五分；在已事先告知的情況下，遲到超過三十分鐘，每小時扣實習總分零點五分，未滿一小時者以一小時論。  
早退：無故提早離開實習單位三十分鐘以上者，每次扣實習成績總分一分。  
曠班：未事先告知本科實習指導老師及實習單位督導老師情況下，超過三十分鐘未到即視為曠班。曠班每小時扣實習成績總分一分。且依曠班時數 1:3 補作實習。
  5. 公假：學生因公不能實習者，須由有關處室出示公假證明，於一週前送至科辦公室。未事先按手續請假者，以 1:2 補實習並於當梯次完成實習補班之作業。
  6. 產前假及產假(含流產假)：實習期間如遇懷孕，需檢附媽媽手冊、出生證明或診斷書申請產前假及產假(含流產假)；請假期間超過該科實習總時數三分之一(含)者，該次實習不予計分，另行安排重補實習時間。

(五)實習期間須攜帶健保卡、身分證。

#### 九、補作實習規定：

- (一) 有事假、病假、公假、分娩假、曠實習者，應一律補作實習。不可預



期天災如颱風假，一天以內不補實習。

(二) 補實習方式：

- 1.補作實習時間，一律以半日（四小時）或一日（八小時）為單位。請假或曠實習未滿四小時者，應補作半日。四至八小時（含）者，應補作一日，均應於實習結束一週內完成。若學生時間無法配合，須於該學期結束前完成。未補實習者，依曠班扣分。
- 2.由實習指導老師與學生討論補作實習的時間、作業及實習目標。
- 3.補作實習學生應事先填寫「補作實習申請單」，一式兩聯。一聯於補作實習前，由實習指導老師繳交本科。一聯於補作實習後，經實習指導老師簽認，由學生繳交本科。

(三)完成補作實習後，實習指導老師始登錄實習成績。

(四)未完成補作實習時數者不給實習學分數。

十、學生實習期間生活管理由本科實習指導老師及實習單位督導老師協助及輔導。

十一、性別平等權益

為加強學生於校外實習期間之保障，學生於實習期間與實習機構間發生性騷擾、性侵害或性霸凌等性平事件時，可向本校性平會提出調查申請。

十二、實習期間作業格式應依本科規定之格式書寫，並依規定按時繳交。

十三、以上各項規定未盡事宜，依本校相關規定辦理。

十四、本要點經校務會議通過，陳校長核定後公告實施，修正時亦同。

# 新生醫護管理專科學校      學年度實習機構基本資料表

科別：\_\_\_\_\_

(附件三)

實習期間：    年    月    日至    年    月    日止

公司名稱			
負責人		統一編號	
聯絡人		職稱	
聯絡電話	(    )	傳真	
公司地址	□□□		
E-mail			
公司簡介			
營業項目			
膳宿狀況	<input type="checkbox"/> 供餐 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚 <input type="checkbox"/> 供宿 <input type="checkbox"/> 膳宿自理	休假方式	
實習內容		薪資	<input type="checkbox"/> 不支薪 <input type="checkbox"/> 月薪_____元 <input type="checkbox"/> 時薪_____元
		提供名額	
實習需求條件：			
實習機會來源	<input type="checkbox"/> 廠商申請 <input type="checkbox"/> 推薦老師姓名____老師推介 <input type="checkbox"/> 推薦學生姓名____學生申請 <input type="checkbox"/> 其它_____		

表單編號：長-10-F02

# 新生醫護管理專科學校 學年度實習機構評估表

科別：\_\_\_\_\_

(附件四)

實習期間： 年 月 日至 年 月 日止

一、實習工作概況			
公司名稱			
工作內容			
需求條件或專長			
輪班	<input type="checkbox"/> 是 工作 時，做_____休_____	住宿	<input type="checkbox"/> 供宿 <input type="checkbox"/> 自理
工作時間	每週 時	膳食	<input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 供膳 <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚
加班時間	每日 時 每週 時	提供薪資額度	<input type="checkbox"/> 不支薪 <input type="checkbox"/> 月薪_____元 <input type="checkbox"/> 時薪_____元
勞健保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提撥勞退基金	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
二、實習工作評估（極佳：5、佳：4、可：3、不佳：2、極不佳：1）			
工作環境	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
工作安全性	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
工作專業性	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
體力負荷	(負荷適合) <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 (負荷太重)
培訓計畫	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
合作理念	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
整體總評	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1
評估總分	_____分		
三、補充說明：			
四、評估結論 <input type="checkbox"/> 推薦實習 <input type="checkbox"/> 不推薦實習			

說明：

- 1、異常超時工作且無法給予加班費、無法簽定實習合約者，請勿進行實習合作。
- 2、本表評估總分須達 28 分以上方可推薦實習機構。
- 3、請與實習機構確認務依實習合作契約期間提供實習機會，勿因公司營運因素而期中解約造成學生中斷實習之困擾。

訪視老師：

科主任：

表單編號：長-10-F02

# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件五)

## 106 學年度長期照護實習（二）實習申請表

姓名/ 學號		E-mail		電話	
姓名/ 學號		E-mail		電話	
姓名/ 學號		E-mail		電話	

以下欄位由實習督導老師填寫

實習督導老師					
實習督導老師		服務機構/ 單位		職稱	
聯絡電話		E-mail			
畢業學校 (最高學歷)		系所		<input type="checkbox"/> 畢 <input type="checkbox"/> 肄	畢業 年度
學經歷	1. 臨床服務經驗：科別 _____ 年資： 年 月 2. 臨床教學經驗：科別 _____ 年資： 年 月 3. 管理相關經驗：服務單位 _____ 年資： 年 月				
機構地址	縣市 段	區鄉鎮市 巷	村里 弄	鄰 號	路街 樓
學校需配合事項	<input type="checkbox"/> 公文 <input type="checkbox"/> 官方簽訂之實習合約書 <input type="checkbox"/> 其他 _____		機構近三 年評鑑	103 年 _____ 104 年 _____ 105 年 _____	
機構實習業務 負責人		聯絡電話		E-mail	
學生簽章		實習督導老師簽章		科主任簽章	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	

表單編號：長-10-F03

# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件六)

## 長期照護實習（二）排班表

實習機構：\_\_\_\_\_

107 年 \_\_\_\_\_ 月

機構督導老師簽名：\_\_\_\_\_

座號	姓名	電話	日期/班別								

- 同學請於實習第一週將班表抄錄後，請機構督導老師確認並簽名，交由實輔股長彙總，若班表有塗改須請機構督導老師於該處蓋章。
- 由實輔股長於實習第二週內完成彙總班表，mail 給系上及實習指導老師。

※學生(小組長)： \_\_\_\_\_ 聯絡方式：電話： \_\_\_\_\_ E-mail： \_\_\_\_\_

# 106 學年新生醫護管理專科學校 長期照護科 實習訪視紀錄單

(附件七)

學制：

班級：

實習指導教師：

項目		單位	例行訪視	個別諮詢	情緒輔導	督導教師諮詢	例行討論	相關聯繫事宜	備註
日期	學生姓名								

請老師於實習結束後一週內交回科存檔，感謝您的配合。

表單編號：長-10-F05

長期照護實習（二）成績評量表(實習機構督導老師)

學生姓名：\_\_\_\_\_學校指導老師：\_\_\_\_\_

實習機構：\_\_\_\_\_機構督導老師：\_\_\_\_\_

實習期間：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，共計\_\_\_\_\_週，共計

一、評估項目 請依學生在貴機構實習之表現，於下列評估項目中圈選。					
(1) 專業知能 (40%)	非常不佳	不佳	尚可	佳	非常佳
1. 能瞭解實習單位的組織架構與目標	1	2	3	4	5
2. 能瞭解實習單位的業務流程與角色功能	1	2	3	4	5
3. 能瞭解實習單位的照顧模式與標準	1	2	3	4	5
4. 能瞭解管理者的角色職責與功能	1	2	3	4	5
5. 能識別與確立實習單位的管理問題	2	4	6	8	10
6. 能提出管理問題之改善建議	2	4	6	8	10
(2) 人際互動(15%)	非常不佳	不佳	尚可	佳	非常佳
7. 與工作人員合宜的溝通與協調	1	2	3	4	5
8. 能與團隊成員維持合作性的互動	1	2	3	4	5
9. 能尊重他人意見並適當表達自己的看法	1	2	3	4	5
(三)專業精神(25%)	非常不佳	不佳	尚可	佳	非常佳
10. 能依實習計畫主動學習	1	2	3	4	5
11. 討論會主動參與充分準備能提出建設性意見	1	2	3	4	5
12. 呈現專業形象之儀態與行為	1	2	3	4	5
13. 虛心接受指導	1	2	3	4	5
14. 守時守分	1	2	3	4	5
(四)作業(20%)	非常不佳	不佳	尚可	佳	非常佳
15. 提案報告或居服個案紀錄	1	2	3	4	5
16. 行政管理實習記錄	1	2	3	4	5
17. 實習總評值與心得	1	2	3	4	5
◎學生實習總體表現評價（評量總分*0.7，滿分 100 分）：_分					

小時。

說明：非常佳（90～100%）：主動達到大部份目標，並請提出具體優良事蹟。

佳（80～89%）：指導後能達成 80～89%目標。

尚可（70～79%）：指導後能達成 70～79%目標。

不佳（60～69%）：指導後能達成 60～69%目標。

非常不佳（59%以下）：一再指導仍未達目標或犯重大錯誤。

表單編號：長-10-F06

長期照護實習（二）成績評量表

出缺勤記錄	補班紀錄	出缺勤記錄	補班紀錄
遲到 次		事假 小時	
病假 小時		喪假 小時	

◎學生的優點及有待加強改進的部份為：

實習督導老師評定分數：\_\_\_\_\_

學生\_\_\_\_\_，已充分閱讀及理解『實習評量表』之成績及內容。並且虛心接受督導的建議與指導。

單位督導老師：\_\_\_\_\_機構主管：\_\_\_\_\_

備註：

- 1、實習學生出缺席，請依實習規定辦理。
- 2、請於實習結束兩週內以郵寄或傳真方式寄還本評量表，謝謝。

三、寄送地址：桃園縣龍潭鄉中豐路高平段 418 號

新生醫護管理專科學校 長期照護科

傳真電話：(03) 411-7600

聯絡電話：(03) 4117578 分機 570 • 506

表單編號：長-10-F06



# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件十)-3/3

## 長期照護實習（二）學生實習成績彙總表（實習指導老師）

班級		學號		座號	
實習單位		機構督導老師			
學生姓名		學校指導老師			
評核期間	自 年 月 日 至 年 月 日止				
實習督導老師評核			實習指導老師評核		
評核項目	配分	得分	評核項目	配分	得分
專業知能	40%		實習作業	50%	
人際互動	15%				
專業精神	25%		討論會表現	20%	
作業	20%		實習成果發表會表現	30%	
小計(一)	100%		小計(二)	100%	
機構督導老師評核得分占 70% =小計(一)×70%					
學校指導老師評核得分占 30% =小計(二)×30%					
總分					
備註：					

機構督導老師簽名\_\_\_\_\_

學校指導老師簽名\_\_\_\_\_

表單編號：長-10-F06

# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件十一)

## 長期照護實習（二）實習記錄

學生姓名：		實習機構：	
週次：	日期：		
機構督導老師：		學校指導老師：	
本週學習目標：			
本週管理學習活動：			
本週實習工作內容紀錄和專業成長心得報告（包含機構管理面觀察與個人成長、自我省思與建議）：			
<p><u>改善提案紀錄</u></p> <p>1. 提案名稱：</p> <p>2. 問題描述</p> <p>3. 問題解決對策</p>			
實習機構督導的建議和回饋：			

# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件十二)

## 長期照護實習（二）實習總心得

<p>評估項目</p>	<p>一、照顧技能</p> <p>說明:學生能具備照顧技能，並能提出機構對照顧技能行政管理上之具體建議。</p>
<p><input type="checkbox"/> 達成</p> <p><input type="checkbox"/> 部份達成</p> <p><input type="checkbox"/> 未達成</p>	<p>自我評估:</p>
<p>評估項目</p>	<p>二、健康評估與指導能力</p> <p>說明:學生於案主能具備健康評估能力，及指導相關照護訊息，並能對機構提出行政管理上之具體建議。</p>
<p><input type="checkbox"/> 達成</p> <p><input type="checkbox"/> 部份達成</p> <p><input type="checkbox"/> 未達成</p>	<p>自我評估:</p>
<p>評估項目</p>	<p>三、照顧管理能力</p> <p>說明:學生能具備照顧管理、組織管理，及機構行政管理之相關概念。</p>
<p><input type="checkbox"/> 達成</p> <p><input type="checkbox"/> 部份達成</p> <p><input type="checkbox"/> 未達成</p>	<p>自我評估:</p>
<p>評估項目</p>	<p>四、溝通與合作能力</p> <p>說明:學生能具備及運用溝通技巧，與工作團隊與機構組織建立良好的合作關係。</p>
<p><input type="checkbox"/> 達成</p> <p><input type="checkbox"/> 部份達成</p> <p><input type="checkbox"/> 未達成</p>	
<p>評估項目</p>	<p>五、克盡職責</p> <p>說明:學生能具備盡心盡力完成個人職責與機構行政管理的能力。</p>
<p><input type="checkbox"/> 達成</p> <p><input type="checkbox"/> 部份達成</p> <p><input type="checkbox"/> 未達成</p>	

評值項目	六、問題解決能力 說明：學生能具備問題解決之能力，運用於機構行政管理上。
<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
評值項目	七、資訊科技應用 說明：學生能具備資料搜尋能力，並將資訊運用於機構行政管理上。
<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
評值項目	八、生命關懷能力 說明：學生能具備尊重、傾聽及同理的精神，表達對人與環境的關懷。
<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
心得與建議	

## 長期照護實習（二）改善提案報告

### 一、提案名稱

### 二、問題描述

目前作法/環境描述

提出理由(包含定量/定性觀察陳述)

### 三、問題解決對策

改善提案內容(依 PDCA 撰寫)

提案執行須配合事項

預期可能困擾或阻礙

### 四、預期效果

改善計畫效益

# 居家督導個案紀錄

(附件十四) -1/5

## 居家服務例訪紀錄表

案主姓名：\_\_\_\_\_ 服務員姓名：\_\_\_\_\_ 訪視日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<b>一、分類標準：</b> 1. 28 分或以下為緊急關懷個案，個案每月至少訪視乙次。 2. 29-42 分為需要關懷個案，每二月至少訪視乙次。 3. 42-60 分為一般個案，每三個月訪視乙次。		<b>分數：</b> <b>說明：</b> 督導員每次家訪後填寫此單 請註明案主、服務員姓名及訪視日期。 評分方式請以“√”表示。 訪視時對於案主之異動情形可以簡易文字記註在備註欄內。				
項目		計分				備註
		1	2	3	4	
案主	ADL	<input type="checkbox"/> 0-30	<input type="checkbox"/> 31-60	<input type="checkbox"/> 61-80	<input type="checkbox"/> 81-100	
	IADL	<input type="checkbox"/> 皆有困難，無人協助	<input type="checkbox"/> 部分有困難，無人協助	<input type="checkbox"/> 雖有困難，但有人協助	<input type="checkbox"/> 皆可自行操作	
	疾病情形	<input type="checkbox"/> 有猝發性疾病	<input type="checkbox"/> 有慢病未定期就醫	<input type="checkbox"/> 有慢病定期就醫	<input type="checkbox"/> 無特殊疾病	
	住院頻率（最近一年內）	<input type="checkbox"/> 住院三次以上	<input type="checkbox"/> 住院二次	<input type="checkbox"/> 住院一次	<input type="checkbox"/> 未曾住院	
	心理狀況（情緒狀況）	<input type="checkbox"/> 不穩，經診斷有精神疾患	<input type="checkbox"/> 有困擾，但未有診斷	<input type="checkbox"/> 體弱或壓力大時會影響情緒	<input type="checkbox"/> 心理狀況穩定	
	認知狀況 <input type="checkbox"/> 意識不清 <input type="checkbox"/> 意識清楚	<input type="checkbox"/> 未就醫	<input type="checkbox"/> 有就醫未服藥	<input type="checkbox"/> 有就醫未定時服藥	<input type="checkbox"/> 有就醫/服藥 <input type="checkbox"/> 意識清楚	疾病類別
	居住情形 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家屬同住	<input type="checkbox"/> 無子女或子女少來往	<input type="checkbox"/> 子女經常探視	<input type="checkbox"/> 白天僅案主一人	<input type="checkbox"/> 皆有家人陪伴	
	家庭支持情形（親友）	<input type="checkbox"/> 無親友可協助	<input type="checkbox"/> 必要時會與以協助	<input type="checkbox"/> 定期給予協助	<input type="checkbox"/> 可隨時協助	
	與服務員互動狀況	<input type="checkbox"/> 申訴頻率高	<input type="checkbox"/> 彼此經常產生口角	<input type="checkbox"/> 偶有怨言，但仍滿意服務員	<input type="checkbox"/> 雙方互動良好	
	住家環境清潔評估	<input type="checkbox"/> 髒亂蟑螂老鼠四竄	<input type="checkbox"/> 擺設凌亂很容易跌倒	<input type="checkbox"/> 走道堆放雜物，行走不太方便	<input type="checkbox"/> 擺設排放整齊，行走方便安全	
	與鄰居互動狀況/社會參與（活動）狀況	<input type="checkbox"/> 無互動/幾乎不參與活動	<input type="checkbox"/> 碰面時會點頭招呼/ 很少參與	<input type="checkbox"/> 碰面時會聊天/ 經常參與	<input type="checkbox"/> 彼此互動良好/ 一定會參與	
	正式資源使用狀況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 志工定期問安	<input type="checkbox"/> 緊急救援系統	<input type="checkbox"/> 上述二者皆有	
	其他因素而有密集訪視之必要 【以負分計算】	【-4】重要他人死亡或遭逢重大災難	【-3】意外事件發生，有自殺想法	【-2】家庭暴力	【-1】情緒不佳	
	服務員	服務態度	<input type="checkbox"/> 惡劣	<input type="checkbox"/> 不佳	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 優良
到班情形（遲到早退）		<input type="checkbox"/> 經常如此	<input type="checkbox"/> 有時如此	<input type="checkbox"/> 偶而如此	<input type="checkbox"/> 不曾如此	
工作項目執行情形			<input type="checkbox"/> 部分執行		<input type="checkbox"/> 皆執行	
處遇情形	<input type="checkbox"/> 維持原照顧計劃. <input type="checkbox"/> 修改照顧計劃（詳見服務計劃表）					
督導		督導員				

資料來源：立心基金會

# 居服員每月工作報告

(附件十四) -2/5

居服員：\_\_\_\_\_ 評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

案號：\_\_\_\_\_ 案主姓名：\_\_\_\_\_ 性別：☐男☐女

居家服務等級：☐輕度 ☐中重度 ☐極重度

## 一、個案身體心理簡易評估：

### 1 生命徵象狀況：

體溫：☐發燒 ☐正常 脈搏：☐規則 ☐不規則\_\_\_\_\_次/分

呼吸：\_\_\_\_\_次/分 血壓：\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

☐家中無血壓計

### 2 血糖狀況：☐無糖尿病 ☐有糖尿病但未測量 ☐有測量，結果：

飯前一小時 \_\_\_\_\_ gm% 飯後二小時 \_\_\_\_\_ gm%

### 3 食慾狀況：

☐由口進食：☐最近食慾不好 ☐食慾正常 ☐食慾大增

(每餐食量大約：☐不到半碗 ☐半碗 ☐不到一碗 ☐一碗或更多)

管灌餵食：☐消化良好 ☐消化不好 (一天灌\_\_\_\_餐，每次\_\_\_\_\_cc，

廠牌名稱：\_\_\_\_\_)

### 4 解便狀況：☐自解正常 ☐依賴口服藥 ☐依賴塞劑 ☐依賴灌腸

### 5 排尿狀況：☐自解正常 ☐存留尿管 ☐解尿困難

### 6 心情狀況：☐過於高昂 ☐心情愉快 ☐普通沒變化 ☐心情低落

☐有攻擊性

## 二、人際互動與家庭評估

個案與家人或家人之間最近關係：☐關係良好 ☐偶起口角 ☐常常爭執 ☐肢體衝突 ☐冷漠☐其他\_\_\_\_\_

## 三、本月回診門診狀況

☐本月無求診

☐本月僅定期門診復健或血液透析

次數	回診醫院名稱	回診科別	醫師姓名	醫師口頭建議注意事項

動動手，為您辛苦的工作留下美好的紀錄，越寫會越順手。  
然後您會發現——自己在進步喔！

**四、本月服用藥物** ☐ 個案本月皆無服用任何藥物

編號	藥名	給法	途徑	劑量	服用日期
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /
			<input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射		/ ~ /

**五、您對案主進行的工作內容規劃：**

家務處理、文書等		說明
工作項目	居服員協助狀況	家屬或個案協助的內容
<input type="checkbox"/> 洗衣服	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 居家環境改善	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 代辦文書	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 協助申請福利	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 備餐	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 代購物品	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 陪同就醫	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
身體照顧		
<input type="checkbox"/> 洗澡或擦澡	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 漱洗或梳洗	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 穿換衣物	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 餵食或灌食	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 協助用藥	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 翻身拍背	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 肢體關節活動	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	
<input type="checkbox"/> 陪同散步聊天	<input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助	

資料來源：寬福護理之家



# 居家服務員每月排班表 (附件十四)-3/5

◎服務員姓名：\_\_\_\_\_

◎月份：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

時間		一	二	三	四	五	六	日
上午	6 點	6:00						
		6:30						
	7 點	7:00						
		7:30						
	8 點	8:00						
		8:30						
	9 點	9:00						
		9:30						
	10 點	10:00						
		10:30						
	11 點	11:00						
		11:30						
中午	12 點	12:00						
		12:30						
下午	1 點	13:00						
		13:30						
	2 點	14:00						
		14:30						
	3 點	15:00						
		15:30						
	4 點	16:00						
		16:30						
	5 點	17:00						
		17:30						
晚上	6 點	18:00						
		18:30						
	7 點	19:00						
		19:30						
	8 點	20:00						
		20:30						
	9 點	21:00						

◎服務總時數：公費：\_\_\_\_\_時、半自費：\_\_\_\_\_時、完全自費：\_\_\_\_\_時  
 ◎聯絡電話：\_\_\_\_\_、手機：\_\_\_\_\_◎本月服務個案數：\_\_\_\_\_

編號

# 中華民國紅十字會桃園市分會

## 居家服務個案訪視資料表

(附件十四) -4/5

個案編號：\_\_\_\_\_

### 第一部分：個案基本資料

填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

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、榮眷：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_____ 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：105 / 1 / 31 <input type="checkbox"/> 不需鑑定	
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"/> 社會福利補助_____元/月 5. <input type="checkbox"/> 本人/配偶工作收入_____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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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：桃園市_____區_____	
戶籍住址： <input type="checkbox"/> 同現居住址 <input type="checkbox"/>	
聯絡電話：(日)_____ (夜)_____	
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：☐術後傷口☐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 ☐氧氣治療  
⑦ ☐造瘻部位\_\_\_\_\_ 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

近三個月體重變化？（☐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

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

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

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

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

合 計

\*總分≤11分可能營養不良建議營養師介入評估指導

## 7)疾病史

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前接受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前接受治療
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		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病		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：_____		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	90/01	0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	19. <input type="checkbox"/> 以上皆無		

備註：個案就診 \_\_\_\_\_

(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

<b>A、基本日常生活活動能力 (ADL)</b> (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。)	
<b>1、進食：</b> 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)
<b>2、移位：</b> 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
<b>3、如廁：</b> 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
<b>4、洗澡：</b> 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
<b>5、平地走動：</b>	
(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 <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	需協助 <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
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：_____ 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。

<p><b>2. 外出活動</b> 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>4. 能夠自己開車、騎車</p> <p><input type="checkbox"/>3. 能夠自己搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>2. 能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>1. 當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>0. 完全不能出門</p>	<p>勾選 1. 或 0. 者， 列為失能項目。</p>
<p><b>3. 食物烹調</b> 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>3. 能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜</p> <p><input type="checkbox"/>2. 如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜</p> <p><input type="checkbox"/>1. 會將已做好的飯菜加熱</p> <p><input type="checkbox"/>0. 需要別人把飯菜煮好、擺好</p>	<p>勾選 0. 者，列為失能項目。</p>
<p><b>4. 家務維持</b> 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>4. 能做較繁重的家事或需偶爾家事協助</p> <p><input type="checkbox"/>3. 能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被</p> <p><input type="checkbox"/>2. 能在家事，但不能達到可被接受的整潔程度</p> <p><input type="checkbox"/>1. 所有的家事都需要別人協助</p> <p><input type="checkbox"/>0. 完全不會做家事</p>	<p>勾選 1. 或 0. 者， 列為失能項目。</p>
<p><b>5. 洗衣服</b> 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>2. 自己清洗所有衣物</p> <p><input type="checkbox"/>1. 只清洗小件衣物</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>0. 完全依賴他人</p>	<p>勾選 0. 者，列為失能項目。</p>
<p><b>6. 使用電話的能力</b> 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>3. 獨立使用電話，含查電話簿、撥號等</p> <p><input type="checkbox"/>2. 僅可撥熟悉的電話號碼</p> <p><input type="checkbox"/>1. 僅會接電話，不會撥電話</p> <p><input type="checkbox"/>0. 完全不會使用電話</p>	<p>勾選 1. 或 0. 者， 列為失能項目。</p>
<p><b>7. 服用藥物</b> 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>3. 能自己負責在正確的時間用正確的藥物</p> <p><input type="checkbox"/>2. 需要提醒或少許協助</p> <p><input type="checkbox"/>1. 如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用</p> <p><input type="checkbox"/>0. 不能自己服用藥物</p>	<p>勾選 1. 或 0. 者， 列為失能項目。</p>
<p><b>8. 處理財務能力</b> 【<input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/>2. 可以獨立處理財務</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>0. 不能處理錢財</p>	<p>勾選 0. 者，列為失能項目。</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
		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	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	0	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	0	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，須轉介相關單位

**第五部分、個案居家環境狀況：**

<p>(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_____</p>	<p>(2)所有權：1. <input type="checkbox"/>自有 2. <input type="checkbox"/>租借          3. <input type="checkbox"/>其他_____</p>
<p>(4) 居家環境安全</p> <p>一年內跌倒紀錄：<input type="checkbox"/>無    <input type="checkbox"/>有</p> <p>a. 一年內個案跌倒發生次數：_____</p> <p>b. 跌倒主要發生地點</p> <p> <input type="checkbox"/>臥室    <input type="checkbox"/>客廳    <input type="checkbox"/>浴室    <input type="checkbox"/>樓梯    <input type="checkbox"/>陽台    <input type="checkbox"/>走道  <input type="checkbox"/>廚房    <input type="checkbox"/>室外_____    <input type="checkbox"/>其他_____         </p>	
<p>(5)居家環境衛生：</p> <p>0. <input type="checkbox"/>無異常狀況</p> <p>1. <input type="checkbox"/>異常 ( <input type="checkbox"/>異味    <input type="checkbox"/>雜物堆放，久積灰塵    <input type="checkbox"/>通風不良    <input type="checkbox"/>蚊蟲滋生  <input type="checkbox"/>缺水    <input type="checkbox"/>家中無紗門、紗窗    <input type="checkbox"/>熱水器置於室內  <input type="checkbox"/>其他_____ )</p>	
<p>環境總評：1. <input type="checkbox"/>居家環境不良(衛生)</p> <p>2. <input type="checkbox"/>居家空間不方便(無障礙設施不足)</p> <p> <input type="checkbox"/>出入口工程：_____  <input type="checkbox"/>廚房改善工程：_____  <input type="checkbox"/>浴室改善工程：_____  <input type="checkbox"/>聽障者之環境輔具：_____  <input type="checkbox"/>其他：_____         </p> <p>3. <input type="checkbox"/>居家環境不安全(居住危險地區)</p> <p>4. <input type="checkbox"/>以上皆無</p> <p>5. <input type="checkbox"/>其他：_____</p>	

## 第六部分、家庭支持狀況

### A、家系圖

1 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

2. 生態圖

個案

個案原有生態關係

本會引進生態關係

<b>B、主要照顧者評估</b> ※主要照顧者係指平時給予個案 ADL 或 IADL 幫助最多者（非雇傭關係者）	
<input type="checkbox"/> 無主要照顧者 <input type="checkbox"/> 有主要照顧者 <input type="checkbox"/> 有主要照顧者，不與個案同住	
(1)姓名：_____	
(2)與個案關係：1. <input type="checkbox"/> 配偶    2. <input type="checkbox"/> 父母    3. <input type="checkbox"/> 未婚兒/女    4. <input type="checkbox"/> 已婚兒 / 女    5. <input type="checkbox"/> 媳婦 6. <input type="checkbox"/> 孫子/女    7. <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹    8. <input type="checkbox"/> 其他_____	
(3)照顧者年齡：_____	(4)性別： 1. <input type="checkbox"/> 男    2. <input type="checkbox"/> 女
(5)特殊狀況：1. <input type="checkbox"/> 在學    2. <input type="checkbox"/> 服兵役    3. <input type="checkbox"/> 持有重大傷病卡：_____ 4. <input type="checkbox"/> 持有身障手冊：_____（障別/等級）5. <input type="checkbox"/> 其他：_____ 6. <input type="checkbox"/> 以上皆無	
(6)目前就業狀況 1. <input type="checkbox"/> 無    2. <input type="checkbox"/> 全職    3. <input type="checkbox"/> 兼職（部分時間工作）	
(7)每天照顧時間 1. <input type="checkbox"/> 全天    2. <input type="checkbox"/> 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：_____	
<b>C、次要照顧者</b> （姓名）_____	與個案關係：_____
<b>D、同戶中另有居家照顧服務對象：</b> 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

### 一、會福利資源

1. ☐居家服務（提供單位：\_\_\_\_\_）  
 ①☐環境清潔 ②☐餐飲服務 ③☐代購物品 ④☐衣物洗滌 ⑤☐陪同散步  
 ⑥☐翻身拍背 ⑦☐協助沐浴 ⑧☐穿換衣服 ⑨☐進食服藥 ⑩☐文書服務  
 ⑪☐簡易被動肢體關節活動 ⑫☐陪同就醫 ⑬☐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. ☐社區職能治療（提供單位：\_\_\_\_\_）
4. ☐精神醫療：①☐日間留院 ②☐社區復健中心 ③☐康復之家 ④☐其他：\_\_\_\_\_
5. ☐機構照護（提供單位：\_\_\_\_\_）
6. ☐其他機構 / 團體：\_\_\_\_\_

三、志願服務：☐無 ☐有 使用項目：\_\_\_\_\_ 提供單位：\_\_\_\_\_

### 四、資源使用狀況

正式資源		
非正式資源		

案主原有資源

本會引進資源

## 第八部分、照顧計畫

日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 簡述個案情況及照顧計畫

#### 一. 個案狀況摘要

1. 身體狀況-
2. 家庭狀況-
3. 環境評估-
4. 經濟狀況-
5. 社會參與-

#### 二. 問題分析

ADL：\_\_\_\_（總分：\_\_\_\_分）。

IADL：\_\_\_\_（總分：\_\_\_\_分）。

心智功能-\_\_\_\_，行為-\_\_\_\_，情緒-\_\_\_\_，憂鬱評估為\_\_\_\_分。

#### 三. 案主或案家屬期待

#### 四. 照顧計畫說明

需求	服務計畫	工作目標
	1.	

督導：

督導員：

## 居家服務紀錄表

(附件十四) -5/5

居家服務紀錄表

案主姓名	案號	服務時數	公費：半自費：	時時	服務員姓名	年	月
項目	服 務 日 期						服務次數
	到 達 時 間						次
	離 開 時 間						時
	服 務 時 數						時
A、家務日常生活照顧	A1 環境清潔						次
	A2 餐飲服務						次
	A3 文書服務						次
	A4 陪同就醫、復健、治療課程						次
	A5 代購日常生活用品						次
	A6 衣物之洗滌與修補						次
B、身體照顧服務	B1 進食、服藥						次
	B2 上下床						次
	B3 如廁、沐浴						次
	B4 協助翻身、拍背						次
	B5 肢體關節活動						次
	B6 口腔清潔						次
	B7 協助穿換衣服						次
	B8 陪同散步						次
	B9 協助使用日常生活輔具						次
C、其他	C1 保健服務/量血壓						次
	C2 協助基本生活訓練						次
	C3 保護與安全						次
	C4 _____						次
特殊狀況記錄							
受 服 務 者 或 代理人簽章							

第一聯：社會局存根聯（白）  
 第二聯：機構自存聯（綠）  
 第三聯：會計聯（紅）

# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件十五)

## 106 學年度長期照護實習（二） 實習討論會會議紀錄單

會議日期：		學校實習指導教師簽名：	
討論時間：		機構實習督導教師簽名：	
討論地點：		紀錄者：	
出席學生簽名			
主題/內容大綱			

表單編號：長-10-F08



(附件十六)

學號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_

機構督導老師：\_\_\_\_\_

學校指導老師：\_\_\_\_\_

[illegible]

新生醫護管理專科學校 長照科 實習單位對學生及實習課程滿意度長期照護實習(二)

105.9.11 制訂

實習單位：

實習日期： 年 月 日至 年 月 日

填答說明：請針對本科學生在貴單位實習，在實習表現上予以評價，請於適當的「☐」中打「☒」作答。

非常  
不  
滿意

不  
滿  
意

普  
通

滿  
意

非  
常  
滿  
意

一、專業知能方面					
1.具備的專業知識符合照顧服務職場需求					
2.能將專業知識應用於照顧服務實務					
二、工作表現方面					
1.具備照顧技能					
2.健康評估與指導能力					
3.具有照顧管理能力					
4.重視團隊溝通與合作					
5.具有克盡職責能力					
6.具有問題解決的能力					
7.具有資訊科技應用能力					
8.良好的關懷服務態度					
三、工作倫理方面					
1.敬業精神					
2.遵守職場倫理					
3.服裝儀容整齊					
四、實習課程方面					
1.實習目標					
2.實習方法					
3.實習內容					
4.成績評量方式					

單位主管：

【問卷到此結束，請您檢查有無漏填，再次感謝您的協助，並祝您事事如意】

表單編號：長-10-F09

新生醫護管理專科學校 長期照護科 在職專班二專 (附件十八)

長期照護實習(二) 實習評值問卷

實習機構／單位：\_\_\_\_\_ 實習機構督導：\_\_\_\_\_

實習日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 至 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

註：

「5」表示非常滿意，「4」表示滿意，「3」表示尚可，「2」表示不滿意，「1」表示非常不滿意。

一 實習單位之評值：	5	4	3	2	1
1. 我對實習單位之硬體設備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我對實習單位之工作氣氛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我對實習單位工作人員之教學指導熱忱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我對實習單位主管(護理長)之教學精神	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我對實習單位所提供的專業知識增長程度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我對實習單位與實習目標之配合情形	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我對實習單位提供的教學活動滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 整體而言，對實習單位之意見(請描述，可有優點或建議)	_____				

二 對實習課程之評值：					
1. 我對實習方式的安排	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我對實習內容與教學活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我對實習機構督導的教學態度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我對實習機構督導的專業知識	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我對實習機構督導對於成績評核的方式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 我對校內實習指導教師之指導方式					
7. 整體而言，對實習機構督導之意見(請描述，可有優點或建議)	_____				

三 整體評核：					
1. 我對實習課程之安排	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 我對實習單位之安排	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我對實習指導教師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 我對實習的作業份量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

四 校內所教授之課程與實習之配合度如何？是否需要增加何種課程以符合實習的需求？