

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

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)

## 107 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	
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	105 年 _____ 106 年 _____ 107 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	

備註： 實習督導教師資歷：碩士畢業且具長期照護實務經驗 1 年  
 學士畢業且具長期照護實務經驗 3 年  
 副學士畢業且具長期照護實務經驗 5 年

表單編號：長-10-F03

**新生醫護管理專校長期照護科**  
**長期照護實習（二）排班表**

(附件六)

實習機構：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

機構督導老師簽名：\_\_\_\_\_

學號/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：\_\_\_\_\_

# 新生醫護管理專科學校

## 校外實習訪視輔導記錄表

(附件七)-1/2

實習機構名稱		機構地址	
實習期間： 108 年 1 月 14 日 至 108 年 6 月 30 日			
訪視輔導日期： 108 年      月      日			
學生班級：			
學生姓名(學號)：			
學 生 實 習 表 現			
訪 視 輔 導 重 點 內 容			
實習輔導教師簽章(無則免)	單位主管核章	通識中心主管核章	

表單編號：長-10-F05

新生醫護管理專科學校  
校外實習訪視輔導記錄表

(附件七)-2/2

訪視輔導照片(至少 4 張)	
說明：	說明：
說明：	說明：

備註：表格不敷使用，請逕行展延。

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\_\_\_\_小時。

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。					
<b>(1) 專業知能 (40%)</b>	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
<b>(2) 人際互動(15%)</b>	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
<b>(三)專業精神(25%)</b>	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
<b>(四)作業(20%)</b>	非常不佳	不佳	尚可	佳	非常佳
15. 提案報告或居服個案紀錄	2	4	6	8	10
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
<b>◎學生實習總體表現評價 (評量總分，滿分 100 分)</b>	分				

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。
- 3、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%					
<b>總分</b>					
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)			
<u>改善提案紀錄</u> 1. 提案名稱：  2. 問題描述   3. 問題解決對策			
實習機構督導的建議和回饋：			

**107 學年度長期照護實習 (二) 個別實習計畫及自我評值**

學生姓名：\_\_\_\_\_ 班級：\_\_\_\_\_ 學號：\_\_\_\_\_

實習單位：\_\_\_\_\_ 實習日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

實習指導教師：\_\_\_\_\_ 機構督導教師：\_\_\_\_\_

預定日期	學習目標	學習活動	執行日期	評值
	1.認識實習單位環境及工作人員。	1-1.對相關工作人員的認識。 1-2.實習前測驗：對環境之認識及抽測（人員安全與管染的控制）。 .....		

# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件十三)

## 長期照護實習(二)實習總心得

評值項目 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	一、照顧技能 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。
自我評值:  	
評值項目 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	二、健康評估與指導能力 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。
自我評值:  	
評值項目 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	三、照顧管理能力 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。
自我評值:  	
評值項目 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	四、溝通與合作能力 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。
自我評值:  	
評值項目 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	五、克盡職責 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。
自我評值:  	

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

(附件十五) -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

<p>一、分類標準：</p> <p>1. 28 分或以下為緊急關懷個案，個案每月至少訪視乙次。</p> <p>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。</p>		<p>分數：</p> <p>說明：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。</p>				
2	項目	計分				備註
		1	2	3	4	
II	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

(附件十五) -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		/ ~ /

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

(附件十五) -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：\_\_\_\_\_

# 居家服務個案訪視資料表

(附件十五) -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	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

(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
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
9. <input type="checkbox"/> 骨骼系統	90/01	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
			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  
+  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

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

5 分

- (1) 要幫忙切食物、弄碎
- (2) 要先幫忙穿脫進食輔具

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

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

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)

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

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

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

5分

只需協助保持平衡，整理衣物或使用衛生紙

0分 需人協助

##### 4、洗澡：請問您(您\_\_\_\_\_)洗澡是否協助？

不需協助

5分 可自行完成盆浴或淋浴

需協助

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

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

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)？

5分

可以操作輪椅

0分

操作輪椅需要幫忙，或行走時需大量扶持，或無法行走

<b>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)？</b>	
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
<b>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？</b>	
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
<b>8、上下樓梯：請問您(您_____ )上下樓梯一層樓是否需要協助？</b>	
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
<b>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？</b>	
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
<b>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？</b>	
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>B、工具性日常生活活動能力 (IADL) (以最近一個月的表現為準)</b>	
<b>1. 上街購物</b> 【 <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. 能做家事，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 一年內跌倒紀錄：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 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>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_____</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 ( 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_____ )</p>	
<p>環境總評：1. <input type="checkbox"/>居家環境不良(衛生) 2. <input type="checkbox"/>居家空間不方便(無障礙設施不足)</p> <p>①<input type="checkbox"/>出入口工程：_____</p> <p>②<input type="checkbox"/>廚房改善工程：_____</p> <p>③<input type="checkbox"/>浴室改善工程：_____</p> <p>④<input type="checkbox"/>聽障者之環境輔具：_____</p> <p>⑤<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. 獨居    2. 技術性護理需求高    3. 密集日常生活需要完全照護  
 4. 個案問題行為    5. 遭疏忽受虐    6. 家中無照護人力  
 7. 以上皆無    8. 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: \_\_\_\_\_)
- 環境清潔     
 餐飲服務     
 代購物品     
 衣物洗滌     
 陪同散步  
 翻身拍背     
 助沐浴     
 換衣服     
 進食服藥     
 文書服務  
 簡易被動肢體關節活動     
 同就醫     
 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

( 附件十五) -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								
	離開時間								
	服務時數							次	
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）

資料來源：中華民國紅十字會桃園分會

# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件十六)

107

## 學年度長期照護實習(二) 實習討論會會議紀錄單

會議日期： 討論時間： 討論地點：	學校實習指導教師簽名： 機構實習督導教師簽名： 紀錄者：		
出 席 生 簽 名			
主題/內容大綱			

表單編號：長-10-F08

# 新生醫護管理專校長期照護科

(附件十七)

## 長期照護實習（二）時數紀錄表

學號： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_

實習機構： \_\_\_\_\_

機構督導老師： \_\_\_\_\_

學校指導老師： \_\_\_\_\_

實習日期	實習時段	實習時數	實習累積時數	機構督導老師 簽章	學校指導老師 簽章

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

(附件十八)

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。

	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
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					

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

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"/>				
2. 我對實習單位之工作氣氛	<input type="checkbox"/>				
3. 我對實習單位工作人員之教學指導熱忱	<input type="checkbox"/>				
4. 我對實習單位主管(護理長)之教學精神	<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"/>				
6. 我對實習單位與實習目標之配合情形	<input type="checkbox"/>				
7. 我對實習單位提供的教學活動滿意度	<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"/>				
2. 我對實習內容與教學活動	<input type="checkbox"/>				
3. 我對實習機構督導的教學態度	<input type="checkbox"/>				
4. 我對實習機構督導的專業知識	<input type="checkbox"/>				
5. 我對實習機構督導對於成績評核的方式	<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"/>				
2. 我對實習單位之安排	<input type="checkbox"/>				
3. 我對實習指導教師	<input type="checkbox"/>				
4. 我對實習的作業份量	<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？