



新生醫護管理專科學校

長期照護科

110學年度長期照護實習(二)

實習手冊



長期照護科

學生姓名：_____

學號：_____

目 錄

一、長期照護實習（二）實習計畫書	1
二、長期照護科實習(二)實習機構名單(附件一).....	4
三、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)	5
四、110學年度實習機構基本資料表(附件三).....	8
五、110學年度實習機構評估表(附件四)	9
六、110學年度長期照護實習（二）實習申請表(附件五)	10
七、校外實習合作合約書（實習機構無薪資版）(附件六)	11
八、校外實習訪視輔導記錄表(附件七)	14
九、長期照護實習（二）排班表(附件八).....	16
十、長期照護科學生個別實習計畫書-個別實習日誌及自我評值、實習周誌(附件九).....	17
十一、長期照護實習（二）改善提案報告(附件十).....	22
十二、居家督導個案紀錄(附件十一).....	23
十三、個案管理組-個案報告(附件十二)	42
十四、長期照護實習（二）時數紀錄表(附件十三)	46
十五、實習討論會會議紀錄單(附件十四)	47
十六、長期照護實習（二）實習總心得(附件十五)	48
十七、成績評量表(實習機構督導老師)(附件十六).....	50
十八、學生實習成績彙總表（實習指導老師）(附件十七).....	52
十九、校外實習合作機構對【實習課程】滿意度問卷調查(附件十八)	53
二十、校外實習合作機構對【實習學生】滿意度問卷調查(附件十九)	54
二十一實習學生對校外【實習合作機構】滿意度成效問卷調查表(附件二十)	55
二十二實習學生對校外【實習課程】效益評估表(附件二十一)	56
二十三、長期照護科學生校外實習前說明會(附件二十二)	57

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

107.11.27 修訂

109.11.17 修訂

110.11.30 修訂

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 109 年度實習會議通過後實施。

三、學分/學時：2 學分/4 學時

四、實習起訖日期：

111 年 1 月 17 日至 111 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；實習共計 9 天，含校內 1 天(執行期初實習說明及實習成果發表) 及機構實習 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

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機構、老人福利機構、長照ABC單位暨照顧管理中心機構，最近三年內評鑑合格通過者。

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. 瞭解居家服務督導工作基本職能。
4. 認識居家服務督導之個案管理工作。
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。

(三)個案管理組

1. 瞭解機構的組織架構、業務運作、人員角色功能及相關之法令規章。
2. 熟悉A單位個案管理模式照護模式與作業系統的操作與使用。
3. 瞭解個案管理服務的內涵、提升溝通協調能力，強化服務輸送品質。

4. 能正確完整評估並記錄個案生理、心理、家庭、環境評估及社會問題。
5. 能運用跨專業長照資源、連結其他正式與非正式社會資源之能力，提供整合性的服務。
6. 展現與機構團隊之溝通協調/合作之能力。
7. 能體驗就業應有的態度及責任感，以實習經驗做為生涯規劃之參考。

八、實習機構、實習學生名單（附件一）

九、校外實習實施要點（附件二）

十、實習方式與教學活動：

1. 師生比例：1：1-4
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居服督導、個案管理、行政管理等運作，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、居服督導、個案管理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、指導老師職責

（一）學校指導老師職責：

1. 輔導學生選擇適當的機構-實習機構基本資料表(附件三)、實習機構評估表(附件四)，並協助安排學生實習機構-實習申請表(附件五)。
2. 指導學生研擬個別實習計畫書(附件九)、追蹤與輔導學生實習。
3. 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。
4. 主持/參與學生實習中討論會，並完成實習訪視及填寫實習訪視輔導紀錄表。
5. 評值學生成績：實習成績彙總表(附件十七)。
6. 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. 學生共同擬定個別性實習計畫書(附件九)。
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，學生並完成實習日誌及週誌紀錄(附件九)。
4. 與學生完成改善提案報告或相關作業(附件十、十一、十二)，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：成績評量表(附件十六)。
7. 協助填寫校外實習合作機構對實習課程滿意度問卷調查(附件十八)及校外實習合作機構對學生滿意度問卷調查(附件十九)(附件十八、十九於實習結束完成後，交回學校)。
8. 督導老師請假時無法指導，請指派代班職代協助。

十三、實習作業

1. 作業繳交：以電腦打字，標楷體、12 號字，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。
2. 個別實習計畫書-個別實習日誌及自我評值、實習週誌(附件九)。

3. 機構管理組-改善提案報告(附件十)(一組繳一份)。
4. 居家督導組-居家督導紀錄(附件十一)。
5. 個案管理組-個案報告(附件十二)。
6. 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(附件十五)
7. 時數紀錄表、實習討論會議紀錄單於實習結束時一併繳回(附件十三、十四)。
8. 實習成果發表-簡報檔(依實習成果發表規定製作)。
9. 學生對校外實習合作機構滿意度成效問卷調查表(附件二十)、實習學生對校外實習課程效益評估表(附件二十一)於實習結束時一併完成並繳回。

十四、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%

十五、系科聯繫電話: 03-4117578 分機506、570

十六、校安中心電話：03-4117584 (24小時專線)

長期照護科實習(二)實習機構名單

實習機構	學生	機構督導老師	校內實習老師
財團法人台灣省私立桃園仁愛之家 (機構行政管理組-松柏樓) 地址：楊梅區梅獅路 539 巷 3 號 電話：03-4643385 #183 統編：43502806	潘冠丞 范雅荃 賀子育 張惠敏	張雅婷 副護理長 03-4643385#183	古玉幸 abs@hsc.edu.tw 03-4117578 #565
財團法人台灣省私立桃園仁愛之家 (機構行政管理組-群賢樓) 地址：楊梅區梅獅路 539 巷 3 號 電話：03-4643385 #120 統編：43502806	謝子瑩 謝雅雯 王宏語 張逸欣	金伊文 護理長 03-4643385#120 tych.sevvice@gmail.com	彭立民 plm@hsc.edu.tw 03-4117578#561
天成醫療社團法人天晟醫院(金色年代綜合長照機構) (個案管理組-第1組) 地址：桃園市中壢區立和路 58 巷 66 號 電話：03-4623626 統編：87343812	徐玉蓮 江美蘭 林真美 田芊嬋	陳卿夫 組長 03-4623626 郭可卉 督導 0935-112886	張珮玲 tenein58@hsc.edu.tw 03-4117578#650
天成醫療社團法人天晟醫院(金色年代綜合長照機構) (個案管理組-第2組) 地址：桃園市中壢區立和路 58 巷 66 號 電話：03-4623626 統編：87343812	林志香 莊碧英 莊詠皓 陳子雁	謝雅如 組長 03-4623626 郭可卉 督導 0935-112886	邱宣蓉 lulala043@hsc.edu.tw 03-4117578 #573
和頌長照社團法人附設桃園市私立和頌住宿長照機構 (機構行政管理組) 地址：330 桃園市桃園區建國路 313 號 電話：03-2188267 統編：85418230	張茂榕 鍾秀榕 林建華 楊惠鳳	江青豫 副主任 03-2188267#611 maluyalove@gmail.com	古玉幸 abs@hsc.edu.tw 03-4117578 #565
寬福護理之家社區整合服務中心(A單位) (個案管理組) 地址：桃園市桃園區中山路1288巷7號 電話：03-2170792 統編：99169045	鮑紹華 方秀梅	黃靖雅 主任 0937-953469 canfullaunit@gmail.com	蔡秀芬 tsf@hsc.edu.tw 03-4117578#506
福氣銀髮事業有限公司附設私立福氣居家長期照顧機構 (居家服務督導組) 地址：新竹縣竹北市四維街214號2樓 電話：03-6561076 統編：85039694	林昱禎 謝秋連 溫婷微 蘇燕鈴	吳宜珍 個管師 03-6561076 star780923@gmail.com	張珮玲 tenein58@hsc.edu.tw 03-4117578#650
桃園市私立龍祥護理之家 (機構行政管理組) 地址：桃園市龍潭鄉高平村高楊南路97-1號 電話：03-4718976 統編：10046764	蔡幸惠 林亞祺 胡韻芝 王美雲	徐薇 護理長 03-4718976 vm6jo@yahoo.com.tw	蔡秀芬 tsf@hsc.edu.tw 03-4117578#506
桃園市私立聯新居家式服務類長期照顧服務機構 (居家服務督導組) 地址：桃園市平鎮區廣泰路77號(B2) 電話：03-4941234-45747 統一編號：82244665	王在康 楊素萍 李淑芬 林雅惠	陳淑芬 經理 03-4941234#4532 chensf@landseed.com.tw	洪麗玲 hlling510@gmail.com 03-4117578#200

新生醫護管理專科學校長期照護科校外實習實施要點

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：

5. 對個案忠誠服務，維持適度照顧關係。

6. 不收受個案及家屬之饋贈。

7. 不借用個案之任何物品。
8. 保持良好之學習態度，虛心接受實習場所人員指導。
9. 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

110學年度實習機構基本資料表

科別：長期照護科

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"/> 老師推薦： <u>推薦老師姓名</u> <input type="checkbox"/> 學生申請： <u>推薦學生姓名</u> <input type="checkbox"/> 其它 _____		

新生醫護管理專科學校

110學年度實習機構評估表

科別：長期照護科

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	<input type="checkbox"/> 否 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 每週	時 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

110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 _____ 區鄉鎮市 _____ 村里 _____ 鄰 _____ 路街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓					
學校需配合事項	公文 官方簽訂之實習合約書 其他		機構近三 年評鑑	106年 _____ 107年 _____ 108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

新生醫護管理專科學校 學生校外實習合約書

新生醫護管理專科學校與_____

校外實習合作合約書 (實習機構無薪資版)

立合約書人：新生醫護管理專科學校（以下簡稱甲方）與_____（以下簡稱乙方），雙方基於合作培育專業人才，共同推展校外實習合作與實務訓練之互惠原則，協定下列條款，共同遵循。

第一條 實習合作職掌：

甲方長照科：承辦與學生實習有關業務及聯繫，指派專業教師擔任實習指導教師，負責指導學生校外實習。

乙方***部門：（如無分部門，則用乙方2字即可）配合甲方辦理學生實習訓練，提供甲方學生技能實習機會，並參與課程規劃、實習任務分配、報到、訓練及協助輔導實習學生。

第二條 校外實習人員：

實習人員由甲方長期照護科，學生共____名至乙方實習合作單位實習，乙方不得拒絕甲方所推薦之實習人員。

第三條 合約期限：

實習期間自____年____月____日至____年____月____日止，共計____小時。

第四條 實習待遇：

- (一)住宿：☐無 ☐有。（如：無提供，學生自理。）
(二)伙食：☐無 ☐有。
(三)交通：☐無 ☐有。

第五條 保險：

甲方應為進入實習單位之學生投以人身安全或公共意外等相關保險(意外險額度為200萬元，醫療險額度為5萬元)，確保實習場地的環境安全。

第六條 實習環境：

乙方提供學生實習地點應符合教育部規定及不影響學生健康及安全的專業實習環境為原則。

第七條 實習生輔導：

- (一) 乙方實習單位應安排專業實務內容，訂定學習主題及教育訓練計畫，並指派專人指導，嚴格要求敬業精神與培訓專業實務技能，並

適時灌輸「管理實務知識」。

- (二) 乙方所安排之實習內容不得要求學生協助從事違法行為。乙方如有違反甲方得逕行終止本合約,甲方學生與乙方勞動關係亦告終止。
- (三) 實習期間每位學生均由輔導老師或實習單位主管擔任指導老師,督導實習內容及進行技能指導,並於實習前共同訂定個別實習計畫作為學生實習學習之依據。
- (四) 實習期間甲方得安排輔導老師赴乙方訪視實習學生,每學期至少 2 次,負責校外實習輔導、溝通及聯繫。
- (五) 甲方得委請乙方安排具有實習機構督導教師資格者指導實習。實習機構督導教師之資格:長期照護實務經驗專科畢業滿五年、大學畢業滿三年或碩士畢業滿一年。因甲方特派機構督導教師指導本科學生進行實習,故發給實習機構督導教師實習指導費用:每名學生新台幣 500 元(以此類推)。並由甲方製作聘書於實習前致送乙方。

第八條 性騷擾及性侵害防治:

乙方有義務維護學生免於遭受性侵害、性騷擾、性霸凌之相關情事。如有涉及相關情事,屬性別工作平等法規範之事項,甲方得要求實習單位依法辦理;非屬性別工作平等法規範事項,屬刑法、性侵害犯罪防治法規範事項,甲方得要求乙方協助實習生報案及後續事宜。必要時甲方得終止本合約。

第九條 實習請假考勤/獎懲:

- (一)實習請假考勤依據甲方實習辦法或學生手冊規定辦理。
- (二)凡因請假,操行成績之扣減比照甲方學生請假規則辦理。

第十條 實習考核:

- (一) 實習期間考勤依乙方規定考核。
- (二) 實習期間由甲方輔導老師及乙方實習單位主管共同評核實習成績。
- (三) 甲、乙雙方不定期協調檢討實習各項措施,期使校外實習課程合作更臻完善。

第十一條 保密協定:

為顧及乙方之業務機密,甲方之實習學生及輔導老師因參加本校外實習課程合作所知悉乙方之業務機密,無論於實習期間或實習終了後,均不得洩漏與任何第三人或自行加以使用,亦不得將實習內容揭露、轉述或公開發表。甲方或甲方之實習學生如有違反,乙方得終止本合約,乙方如因此受有損害,甲方及違約之行為人並應負連帶賠償責任。

第十二條 合約終止:

除本合約書另有約定外,合約有效期間內,若一方欲提前終止某一實習學生之實習資格或終止本合約書,應至少一週前通知另一方之聯絡人。

甲方聯絡人: 蔡秀芬 主任聯絡方式(電話):03-4117578#506

乙方聯絡人：_____聯絡方式(電話):

第十三條 附則：

- (一) 基於實習之性質，有關請假管理之規定，依乙方相關之實習規定辦理。
- (二) 甲方、實習學生及乙方間，不因本合約書之簽訂而成立、存在或推定存有任何僱傭、承攬、委任、代理或其他類似之法律關係。乙方就此須向實習學生充分告知。
- (三) 本合約所有相關附件均視為本合約之一部分，具合約條款完全相同之效力，其他有關實習合作未盡事宜，甲乙雙方得視實際需要協議後，另訂之。
- (四) 本合約書之準據法為中華民國相關法令，合約書未盡周詳之處，均以中華民國法令為準則。
- (五) 如因疫情等特殊因素無法至實習機構實習，雙方得經協調後終止實習合約，安排實習學生進行實習替代方案及配套措施。
- (六) 實習替代方案：
依長期照護科學生校外實習委員會決議之方案進行，如延長實習期間、轉換實習機構或返校進行實習課程等方式。

第十四條 本合約有效期間自民國__年__月__日至民國__年__月__日止。

第十五條 本合約書一式二份，甲、乙雙方各執乙份存照。

立合約書人

甲 方：新生醫護管理專科學校

校 長：駱俊宏

地 址：桃園市龍潭區中豐路高平段418號

統一編號：43639417

乙 方：(實習機構)

負責人：

地 址：

統一編號：

中 華 民 國 年 月 日

表單編號:長-10-F04

新生醫護管理專科學校

校外實習訪視輔導記錄表

實習機構名稱		機構地址	
學生班級： 實習期間： 年 月 日至 年 月 日			
訪視日期： 年 月 日 實習指導老師(親筆簽名)：			
學生學號及姓名(親筆簽名)：			
學 生 實 習 表 現			
訪 視 重 點 內 容			
實 習 指 導 老 師 意 見			
科 辦 處 理 情 形			
訪視教師簽章	教學單位主管核章	通識中心主管核章 (通識教師適用)	

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

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

新生醫護管理專校長期照護科

長期照護實習（二）排班表

實習機構：_____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：_____

新生醫護管理專科學校

學年度 第__學期

長期照護科學生個別實習計畫書



學生姓名：_____

班級學號：_____

機構輔導教師：_____

實習輔導教師(校內)：_____

實習期間：__年__月__日至__年__月__日，共__週

實習單位名稱：_____

一、實習學習內容

1.實習課程目標	
<範本>1.認識實習單位環境及工作人員。	
2.實習課程內涵	
<範本>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)。	
3.各階段實習內容具體規畫及時程分配	
實習時程分配	實習內容具體規畫
第一週	
第二週	
第三週	
第四週	
第五週	
第六週	
第七週	
第八週	
4.教師輔導實習課程規劃	
(以下提供參考) (1) 負責課程設計及協調實習機構工作。 (2) 負責調查學生實習意願。 (3) 負責召開學生實習說明會及成果發表會。 (4) 另外由校內安排教師於實習中後期至實習機構進行訪視及輔導學生。 (5) 總整實習成績及報告 (6) 其他	

二、實習成效考核及回饋

1.實習成效考核指標或項目 (以下提供參考) 本科實習學生之實習成效，可由實習學生、輔導老師、實習機構等三方進行考核，考核項目如下： (1) 實習學生：「學生校外實習工作日誌」、「學生校外實習心得報告」、「實習學生滿意度調查」、學習成果發表。 (2) 輔導老師：「校外實習訪視記錄表」、「校外實習成績考評表-輔導老師」。 (3) 實習機構：「校外實習成績考評表-實習機構」、「實習雇主滿意度調查」
2.教學評核方式 (以下提供參考) 校外實習為正式修習課程，成績合格授與學分。 本科實習學生之實習成績由實習輔導教師與實習機構共同評核，各占50%。 (1) 實習輔導老師應填寫「校外實習成績考評表-輔導老師」，除學生工作記錄、校外實習心得報告外，實習期間之出勤狀況、平常聯繫、學習進度等項目均可列入評核依據。 (2) 實習機構應配合學校成績結算作業，於學期結束前繳回「校外實習成績考評表-實習機構」。
3.實習課程後回饋規劃 (以下提供參考) (1) 本科於學生實習課程結束後，將透過「實習成果發表」與「實習滿意度問卷評量」(雇主、學生與家長)等方式，進行實習課程的成效評估。 (2) 本科針對具體可行的建議與回饋資訊，將於「實習委員會議」及科之相關實習課程會議中檢討改進，並對於實習課程的規劃與執行給予適時的調整與改善，以落實PDCA的管理循環。

註：每位實習學生均有其「個別實習計畫」，應於實習前完成，並經學生與實習機構檢視後簽署同意。

學生簽章	實習機構主管簽章	科主任簽章

說明：學生個別實習計畫中應至少包含以下要項：

基本資料：1.學生姓名、2.班級學號、3.機構輔導教師、4.校內輔導教師、5.實習期間、6.實習單位。

實習學習內容：實習課程目標、實習課程內涵、各階段實習內容具體規畫及時程分配、教師輔導實習規劃。

實習成效考核與回饋：實習成效考核指標或項目、實習成效與教學評核方式、實習課程後回饋規劃。學校應妥善保留學生個別實習計畫，配合教育部定期或不定期抽查。

新生醫護管理專科學校長期照護科

學年度長期照護實習（二）個別實習日誌及自我評值

學生姓名：_____ 班級：_____ 座號：_____

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

長期照護實習（二）實習週誌紀錄

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）：			
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
長期照護實習（二）改善提案報告

一、 提案名稱：

二、 問題描述

目前做法/環境描述

提出理由(包含定量/定性觀察描述)

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

預期可能困或阻礙

四、 預期效果

改善計畫效益

居家督導個案紀錄

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

一、分類標準：		分數：				
1. 28分或以下為緊急關懷個案，個案每月至少訪視乙次		說明：督導員每次家訪後填寫此單				
2. 29-42分為需要關懷個案，每二月至少訪視乙次		請註明案主、服務員姓名及訪視日期。評分方式請以「 <input type="checkbox"/> 」表示。				
3. 42-60 分為一般個案，每三個月訪視乙次		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	0-30	31-60	61-80	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"/> 維持原照顧計畫 <input type="checkbox"/> 修改照顧計畫（詳見服務計畫表）					
督導				督導員		

資料來源：立心基金會

居服員每月工作報告

居服員:_____

評估日期:_____年_____月_____日

案號:_____

案主姓名:_____

性

別:☐男☐女長照服務等級:☐第二級☐第三級☐第四級☐第五級☐第六級☐第七級☐第八級

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	
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

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

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	
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	
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	
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"/>	
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：_____市_____區_____	
戶籍住址：_____市_____區_____	
<input type="checkbox"/> 同現居住址	
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. <input type="checkbox"/> 清醒 2. <input type="checkbox"/> 嗜睡 3. <input type="checkbox"/> 混亂 4. <input type="checkbox"/> 昏迷 5. <input type="checkbox"/> 其他：_____					
(2)皮膚狀況：					
1. <input type="checkbox"/> 正常					
2. <input type="checkbox"/> 異常；皮膚異常狀況 <input type="checkbox"/> 過度乾燥有皮屑 <input type="checkbox"/> 淤青 <input type="checkbox"/> 有疹子					
3. <input type="checkbox"/> 傷口（部位：_____大小：_____；等級：_____； 類別： <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____）					
4. <input type="checkbox"/> 其他_____					
(3)目前是否接受其他特殊照護					
0. <input type="checkbox"/> 否					
1. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 氣切管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 傷口引流管 <input type="checkbox"/> 氧氣治療 <input type="checkbox"/> 造瘻 部位 <input type="checkbox"/> 其他_____）					
(4)目前飲食型態：1. <input type="checkbox"/> 一般飲食 2. <input type="checkbox"/> 軟質 3. <input type="checkbox"/> 流質 4. <input type="checkbox"/> 特殊治療飲食：_____					
5. <input type="checkbox"/> 其他_____					
(5)進食方式：1. <input type="checkbox"/> 由口進食 2. <input type="checkbox"/> 管灌 3. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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
*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		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	15. <input type="checkbox"/> 其他呼		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是

性肺疾病			吸系統疾病		
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		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：☐清晰 ☐模糊：左/右 ☐失明：左/右 ☐其他：_____

2. 聽力：☐清晰 ☐重聽：左/右 ☐失聰：左/右 ☐其他：_____

3. 說話：

☐良好 ☐僅可表達簡單的句子 ☐僅可表達零碎的詞 ☐僅可表達零碎的字

☐無法言語/言語無法令人理解/言語不具意義

4. 理解能力：

☐良好 ☐僅可理解簡單的句子 ☐僅可理解關鍵詞 ☐僅可理解關鍵字

☐無法理解 無法判斷理解能力

(9)是否使用輔具

0. ☐否

1. ☐是：☐單手拐杖 ☐助行 ☐腋下拐杖 ☐輪椅 ☐義肢 ☐氣墊床 ☐抽痰機

☐助聽器 ☐眼鏡 ☐便盆椅 ☐氧氣筒、氧氣製造機 ☐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 ☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差； 關節活動度 ☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差

右上肢：肌力 ☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差； 關節活動度 ☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差

左下肢：肌力 ☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差； 關節活動度 ☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差

右下肢：肌力 ☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差； 關節活動度 ☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差

左手握力：☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐3. 極差； 右手握力：☐1. 正常 ☐2. 較差 ☐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	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	<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	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	<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	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	<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	需協助
<input type="checkbox"/> 5 分 可自行完成盆浴或淋浴	<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	<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	<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	
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。

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 <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。

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. ☐妄想
 12. ☐自言自語 13. ☐有危險用火記錄或傾向 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****

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：</p> <p>1. <input type="checkbox"/>平房 2. <input type="checkbox"/>公寓____樓 3. <input type="checkbox"/>電梯大廈</p> <p>4. <input type="checkbox"/>透天厝/樓中樓 5. <input type="checkbox"/>其他_____</p>	<p>(2) 所有權：</p> <p>1. <input type="checkbox"/>自有 2. <input type="checkbox"/>租借 3. <input type="checkbox"/>其他_____</p>
<p>(3) 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 style="margin-left: 40px;"> <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>(4) 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：</p> <p>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：_____</p> <p><input type="checkbox"/>廚房改善工程：_____</p> <p><input type="checkbox"/>浴室改善工程：_____</p> <p><input type="checkbox"/>聽障者之環境輔具：_____</p> <p><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、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

<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：_____	

C、次要照顧者(姓名)：_____ 與個案關係：_____

D、同戶中另有居家照顧服務對象： 0. ☐ 否 1. ☐ 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、社會福利資源

1. ☐居家服務（提供單位：_____）
☐環境清潔 ☐餐飲服務 ☐衣物洗滌 ☐陪同散步 ☐翻身拍背 ☐協助沐浴
☐穿換衣服 ☐進食服藥 ☐文書服務 ☐被動肢體關節活動 ☐陪同就醫 ☐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：☐日間留院 ☐社區復健中心 ☐康復之家 ☐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、簡述個案情況及照顧計畫：

日期： / /

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

督導：

督導員：

居家服務紀錄表

編號	日期									總計 (次/月)
	到達時間									
	離開時間									
	當次服務時數									
BA01	基本身體清潔 (床上沐浴/洗頭)									
BA02	基本日常照護 (至少 30 分鐘) 一日限制 3 小時									
BA03	測量生命徵象 (異常請立即告知督導員)									
BA04	協助餵食/灌食 (1 餐為 1 組合)									
BA05	餐食照顧 (不含代購便當)									
BA07	協助沐浴及洗頭									
BA10	翻身拍背									
BA11	肢體關節活動									
BA12	協助上/下樓梯 (電梯不適應本項) (樓梯一層以上)									
BA13	陪同外出(至少 30 分鐘)									
BA14	陪同就醫 (不適用復健/洗腎) (超過 1.5hr 要加 BA13)									
BA15	家務協助 (至少 30 分鐘)									
BA16	代購/代領/代送服務 (限案家 5 公里內)									
BA17	協助執行輔助性醫療									
BA18	安全看視(30 分鐘)									
BA20	陪伴服務(30 分鐘)									
BA22	巡視服務									
BA23	協助洗頭									
BA24	協助排泄									

資料來源：中華民國紅十字會桃園分會

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）

個案管理組-個案報告

A級單位：

實習個管人員：

訪視日期：__年__月__日

一、個案基本資料

姓名		性別	
年齡		常用語言	
居住鄉鎮		居住狀況	
教育程度		婚姻狀況	
社會福利身分		身心障礙類別及程度	
主要疾病診斷			
照管中心CMS照顧計畫簡述(請摘錄系統資料)：			

二、個案長照失能評估情形

個案溝通能力	意識狀態	
	視力	
	聽力	
	表達能力	
	理解能力	
日常活動與工具性日常活動功能	ADLs	____分
	IADLs	____項需協助

疾病史	疾病名稱	確診時間	治療
個案身體及健康概況	疼痛狀況		
	皮膚狀況		
	關節活動度		
	身高		
	體重		
	BMI		
	飲食型態		
	進食方式		
	吞嚥狀況		
	特殊照顧		
經濟狀態			
輔具使用情形 (是否使用輔具)			
居家環境與社會參與 (跌倒、平衡及安全)			
主要照顧者概況	<input type="checkbox"/> 無主要照顧者 <input type="checkbox"/> 有主要照顧者 (一)與個案之關係： (二)照顧者年紀： 歲 (三)照顧個案多久： 年 月 (四)是否持有身障證明： <input type="checkbox"/> 是 類別及程度： <input type="checkbox"/> 否		
情緒及行為型態			
CMS 等級/額度			
照顧問題清單			

三、家系圖暨生態圖

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

四、照顧計畫簡述

(一) 個案來源：

(二) 調整服務動機：

(三) 福利身分別：

單位訪視後計畫

(一) 個案需求：

(二) 個管師建議：

(三) 照顧服務計畫：

新生醫護管理專校長期照護科

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

新生醫護管理專校長期照護科

110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			

新生醫護管理專校長期照護科

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。
<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	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。
<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	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。
<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	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。
<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	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。
<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 部份達成 <input type="checkbox"/> 未達成	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	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	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	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	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	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	自我評值：

心得與建議	
-------	--

新生醫護管理專校長期照護科

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。

(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問題與個案管理問題	2	4	6	8	10
6.能運用問題解決能力，部分或全部改善發現之問題	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、居服個案紀錄、個案報告	2	4	6	8	10
16.個別實習計畫書(實習日誌及自我評值、實習週誌)	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，滿分 100 分）	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

新生醫護管理專校長期照護科

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

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				
(機構)實習督導老師評核			(學校)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：					

學校指導老師簽名：_____

新生醫護管理專科學校長期照護科

校外實習合作機構對【實習課程】滿意度問卷調查

敬愛的企業先進，您好：

承蒙 您的悉心指導，讓本校學子有職場實務學習的機會，謹致敬意與謝忱。

為了瞭解校外實習合作機構對本校實習課程規劃之妥適性，希望藉由本問卷調查來檢視學校在教學與課程設計是否能提升學生的就業競爭力，並作適時調整。問卷僅供本校課程修正及瞭解實習機構對實習之意見，對外絕對保密，請安心填寫。敬請 惠予撥冗填答，您的每項意見對我們都具有重大意義。

謝謝您對本校實習生的愛護與悉心教導！

敬祝!順頌商祺!

新生醫護管理專科學校長期照護科 敬啟

一、 實習單位基本資料

機構名稱：		連絡電話：	
聯 絡 人：		E-mail：	

二、 滿意度調查

檢視項目及內容	非常 不同意	不同意	普通	同意	非常 同意
1. 您認為本科的課程規劃與學生的職能訓練，有助於提升實習學生職場工作能力？					
2. 您認為本科對學生實習的輔導有助於學生適應職場環境？					
3. 您認為校外實習課程有助於貴企業經營與發展？					
4. 您認為貴企業對實習學生的職能訓練與輔導，有助於提升實習學生職場工作能力？					
5. 您認為實習課程內容與機構(單位)的實務現況相符合？					
6. 您認為學生在校所學專業技能有助於實習工作中的運用？					
7. 您認為實習課程的設計能提升學生專業能力？					

三、 您認為哪些課程或證照，對實習工作會有幫助？

四、 其他建議：

表單編號：長-10-F09

新生醫護管理專科學校長期照護科

校外實習合作機構對【實習學生】滿意度問卷調查

敬愛的企業先進，您好：

承蒙 您的悉心指導，讓本校學子有職場實務學習的機會，謹致敬意與謝忱。

為了瞭解校外實習合作機構對本校實習學生實習期間的表現，希望藉由本問卷調查來檢視學校在教學與課程設計上是否能提升學生的就業競爭力，並作適時調整。問卷僅供本校課程修正及瞭解實習機構對學生們的意見，對外絕對保密，請安心填寫。敬請 惠予撥冗填答，您的每項意見對我們都具有重大意義。

謝謝您對本校實習生的愛護與悉心教導！

敬祝

順頌商祺！

新生醫護管理專科學校長期照護科 敬啟

一、 實習單位基本資料

機構名稱：		連絡電話：	
聯 絡 人：		E-mail：	

二、 滿意度調查

檢視項目及內容	非常 不滿意	不滿意	普通	滿意	非常 滿意
1.對本科實習生之學習態度表現。					
2.對本科實習生之出勤狀況。					
3.對本科實習生之職場倫理觀念。					
4.對本科實習生之溝通表達能力。					
5.對本科實習生之組織分析能力。					
6.對本科實習課程之安排。					
7.對本科所實習制度之行政配套措施上。					

三、 您認為本校實習學生值得肯定的優點。

四、 其他建議：

表單編號：長-10-F09

新生醫護管理專科學校長期照護科

實習學生對校外【實習合作機構】滿意度成效問卷調查表

一、 滿意度調查表

檢視項目及內容	非常不滿意	不滿意	普通	滿意	非常滿意
1. 實習期間所使用之設備資源。					
2. 實習機構所提供之學習環境。					
3. 實習機構所提供之教學資源。					
4. 實習地點之交通環境(如便捷性、停車便利性等)。					
5. 實習期間提供的實習環境安全。					
6. 實習機構之專業知識分享。					
7. 在實習機構的訓練期間，對於激發我的學習興趣。					
8. 對實習機構準備之教學內容。					
9. 對職場環境之深入認識。					
10.總體而言，由實習機構提供的場域訓練，對我的實務學習。					

二、 其他建議事項

感謝您費心填寫以上意見，再次感謝您的指教，謝謝!

表單編號：長-10-F09

一、滿意度調查表

題 項		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
一、實習前						
(1)	我有參加實習前辦理的相關講習或說明會。	有 沒有	□ (請接第2~5題) □ (請接第4~5題)			
(2)	實習職前講習或說明會對我有所助益。	□	□	□	□	□
(3)	實習前學校提供我完善的實習資訊或諮詢管道。	□	□	□	□	□
(4)	實習前我瞭解實習時相關的權利及義務。	□	□	□	□	□
(5)	實習前我瞭解職場倫理。	□	□	□	□	□
二、實習中						
(6)	實習機構提供我專業且安全的實習環境。	□	□	□	□	□
(7)	實習內容與我在校所學是有關聯的。	□	□	□	□	□
(8)	在校所學專業技能有助於實習工作中的運用。	□	□	□	□	□
(9)	實習機構有人協助指導實習上遇到的困難。	□	□	□	□	□
(10)	學校老師曾來訪視或電訪並關心我的實習狀況。	□	□	□	□	□
三、實習後						
(11)	實習後我覺得提升自己解決實務問題的能力。	□	□	□	□	□
(12)	透過這次實習，有助於我對職場工作態度的了解。	□	□	□	□	□
(13)	經過這次實習經驗，我會鼓勵學弟妹來此實習單位實習。	□	□	□	□	□
(14)	我認為實習對畢業後尋找工作有所幫助。	□	□	□	□	□
(15)	未來當初實習單位如願意聘用我，我會有意願前往任職。	□	□	□	□	□

二、其他建議

表單編號：長-10-F09

新生醫護管理專科學校 110 學年度 第 2 學期

長期照護科學生校外實習前說明會

辦理日期/時/間	110年 月 日(星期)；08：00～10：00
年級/實習課程	一年級；長期照護實習(一)
參加學生人數	人
講者姓名	
照片與說明	
活動效益及重點摘述（條列式說明）	
1. 學生第一學年的第二學期開始實習，實習計畫及作業詳細解說。 2. 選擇符合實習計畫與個人理想的實習機構，再進行接洽與聯繫進行實務實習。	

註:請附上實習前說明會相關佐證(學生簽到及檔案)。

新生醫護管理專科學校 110 學年度 第 2 學期

學生校外實習前說明會學生簽名表

辦理日期/時間：111年 月 日（星期 ） 08:00~10:00年級/實習課程：二年級/長期照護實習(二)

參加學生人數： 人

學號	性別	姓名	學號	性別	姓名

表單編號：長-10-F10