

# 照顧管理評估量表

## A. 個案基本資料

### A1. 個案婚姻狀況：

- ☐1.離婚 ☐2.分居 ☐3.喪偶 ☐4.同居 ☐5.未婚 ☐6.已婚 ☐7.不知道

### A2. 個案教育程度：

- ☐01.不識字 ☐02.識字，未受正規教育（含私塾） ☐03.國小  
☐04.國中 ☐05.高中（職） ☐06.特教班  
☐07.五專 ☐08.大學（二三專）  
☐09.研究所以上 ☐10.其他：\_\_\_\_\_（請說明）

### A2a. 特教班程度：

- ☐1.國小 ☐2.國中 ☐3.高中職

### A3. 個案身分別【可複選】：

- ☐1.一般戶 ☐2.低收【勾選此項者續答 2a 題】

→ ☐2a-1.社會救助法低收入戶（未達 1 倍） ☐2a-2.長照低收（1-1.5 倍）

- ☐3.長照中低收（1.5-2.5 倍） ☐4.榮民 ☐5.原住民

- ☐6.領有身心障礙證明（手冊）【勾選此項者續答 A3a 題】

### A3a1. 新制或舊制？

- ☐1.新制【續答 A3a2 題】 ☐2.舊制【跳答 A3a3 題】

### A3a2. 新制障礙類別及 ICD 診斷：

1.障礙類別：\_\_\_\_\_

2.ICD 診斷：\_\_\_\_\_

### A3a3. 舊制障礙類別【可複選】：

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01.視覺障礙                                 | <input type="checkbox"/> 02.聽覺機能障礙      |
| <input type="checkbox"/> 03.平衡機能障礙                               | <input type="checkbox"/> 04.聲音機能或語言機能障礙 |
| <input type="checkbox"/> 05.肢體障礙                                 | <input type="checkbox"/> 06.智能障礙        |
| <input type="checkbox"/> 07.重要器官失去功能                             | <input type="checkbox"/> 08.顏面損傷        |
| <input type="checkbox"/> 09.植物人                                  | <input type="checkbox"/> 10.失智症         |
| <input type="checkbox"/> 11.自閉症                                  | <input type="checkbox"/> 12.慢性精神病       |
| <input type="checkbox"/> 13.多重障礙【請再勾選各項障礙類別】                     |   |
| <input type="checkbox"/> 14.頑型（難治型）癲癇症                           |   |
| <input type="checkbox"/> 15.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           |   |
| <input type="checkbox"/> 16.其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷） |   |

### A3a4. 障礙等級：

- ☐1.輕度 ☐2.中度 ☐3.重度 ☐4.極重度

### A4. 個案年齡：\_\_\_\_\_

## B.主要及次要照顧者基本資料

**B1.個案是否有主要照顧者？【本題以照顧失能者最多的家人或親友為主要照顧者，若無上述主要照顧者，才含聘僱關係之照顧者】**

☐ 1. 無【跳答 C 大題】

☐ 2. 有【勾選此項者續答 B1a~B1b】

→B1a.主要照顧者姓名：\_\_\_\_\_

→B1b.與個案之關係：☐☐ (請參考下表填入與個案關係代碼)

### 與個案關係代碼

- |                   |             |        |        |
|-------------------|-------------|--------|--------|
| 01.配偶             | 02.兄弟       | 03.姊妹  |        |
| 04.兒子             | 05.媳婦       | 06.女兒  | 07.女婿  |
| 08.孫子             | 09.孫女       | 10.孫媳婦 | 11.孫女婿 |
| 12.父親             | 13.母親       | 14.岳父母 | 15.公婆  |
| 16.祖父             | 17.祖母       | 18.外祖父 | 19.外祖母 |
| 20.聘用看護-本國籍       | 21.聘用看護-外國籍 |        |        |
| 22.其他：_____ (請說明) |             |        |        |

**B2.主要照顧者性別：**☐ 1.男 ☐ 2.女

**B3.主要照顧者年齡：**\_\_\_\_\_ 歲

**B4.次要照顧者姓名：**\_\_\_\_\_

**B5.次要照顧者與個案之關係：**☐☐ (請參考上表填入與個案關係代碼)

## C.個案溝通能力

### C1.個案意識狀態：

- ☐ 1.清醒【跳答 C2】
  - ☐ 2.嗜睡
  - ☐ 3.混亂
  - ☐ 4.呆滯（木僵）
  - ☐ 5.昏迷（如：植物人）
  - ☐ 6.其他：\_\_\_\_\_（請說明）
- 【續答 C1a.】

### C1a.能對外來刺激做出有意義反應的能力

- ☐ 1.對疼痛刺激無反應，且無表情
- ☐ 2.僅對疼痛刺激有反應，但無法口頭表達
- ☐ 3.偶而可以口頭表達不適

### C2.個案視力（在光線充足和戴眼鏡的情況下）：

- ☐ 1.適當（能看到書報中的標準字體）
- ☐ 2.輕度障礙（可以看清楚大字的印書體）
- ☐ 3.中度障礙（看不清報紙的標題，但能辨識物件）
- ☐ 4.重度障礙（辨識物件有困難，但眼睛能隨物件移動）
- ☐ 5.極重度障礙（僅能見到光、顏色或形狀，眼睛不能隨物件移動）
- ☐ 6.失明
- ☐ 7.無法評估（如植物人、重度智能障礙者等無法評估視力之情形）

### C3.個案聽力（可使用助聽器）：

- ☐ 1.適當（能正常交談、看電視、接電話）
- ☐ 2.輕度障礙（在吵雜的環境下有障礙）
- ☐ 3.中度障礙（在安靜的環境下，需要說話者調整音量才可聽見）
- ☐ 4.重度障礙（喪失聽覺）
- ☐ 5.無法評估（如植物人、重度智能障礙者等無法評估聽力之情形）

### C4.個案表達能力（包含語言或非語言）：

- ☐ 1.良好
- ☐ 2.僅可表達簡單的意思
- ☐ 3.雖能表達簡單的意思，但多數難以理解
- ☐ 4.僅可表達零碎的字或詞
- ☐ 5.無法表達/無法令人理解/不具意義

### C5.個案理解能力：

- ☐ 1.良好
- ☐ 2.僅可理解簡單的句子
- ☐ 3.僅可理解關鍵的字或詞
- ☐ 4.無法理解
- ☐ 5.無法判斷理解能力

**D.短期記憶評估【本大題限個案本人回答】**

- ☐1.個案可回答 D 大題
- ☐2.個案本人無法回答【請跳答 E 大題】
- ☐3.拒答【請跳答 E 大題】

**D1.重複三個詞**

詞：襪子、藍色、床

**D1a.**請個案複述一次，記錄個案能重複的詞數：(請個案記住，告知 3~5 分鐘後會再次詢問他)

- ☐1. 3 個   ☐2. 2 個   ☐3. 1 個   ☐4. 0 個

**D1b.**再次詢問個案：剛才我有提到 3 個詞，請你說過一次，現在再請你幫我說出這三個詞？

假設個案無法記憶起任何一個詞，可以給予提示（如穿的東西、一種顏色或一件家俱）。

**D1b1.回憶起“襪子”**

- ☐1.是，且不需提示
- ☐2.是，但須給予提示（如穿的東西）
- ☐3.否，無法回憶該品項

**D1b2.回憶起“藍色”**

- ☐1.是，且不需提示
- ☐2.是，但須給予提示（如顏色）
- ☐3.否，無法回憶該品項

**D1b3.回憶起“床鋪”**

- ☐1.是，且不需提示
- ☐2.是，但須給予提示（如一件家俱）
- ☐3.否，無法回憶該品項

若個案有下列情形之一者，E 大題以後之題目，除【限由個案本人回答】之題目外，可由主要照顧者代答。

- 一、 未滿 12 歲兒童。
- 二、 有下列情況之一，且經判斷無法正確回答題目者：失智症、自閉症、智能障礙者、精神障礙者、C 大題個案溝通能力有障礙、重病或身體虛弱無法支持。

## E 大題日常活動功能量表（ADLs）、F 大題工具性日常活動功能量表（IADLs）說明

- 一、 詢問個案「最近一個月」的「能力」為主。
- 二、 因為健康或老衰，導致無能力做這件事才屬於失能，「不會做」、「不願意做」或「都有別人幫忙做」的情形，不算失能，請評估人員務必確實探問個案的實際能力。
- 三、 心智功能減退（如失智症或嚴重憂鬱），個案雖有能力做，可能會因忘記某個動作而需要有人提醒或協助下才能完成，仍屬於「需協助」範圍。

### E.個案日常活動功能量表（ADLs）【以最近一個月能力為主】

選項	
<b>E1</b>  <b>吃飯</b> （不包含自行準備食物、餐具或盛裝食物等）	<input type="checkbox"/> <b>1.在合理時間（一小時）內，自行或用輔具進食餐盤食物</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 不需他人協助、監督或持續敦促，在合理時間內（一小時內），可自行用餐具取用眼前的食物、切割食物，將餐盤內食物吃完。</li> <li>◆ 能自行取用穿脫進食輔具。</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>2.需要一些協助</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 需他人幫忙夾菜、切肉、弄碎食物或穿脫輔具等，但可自行吃飯。</li> <li>◆ 可自行吃食，但花超過一小時或食物灑落一地。</li> <li>◆ 可勉強及吃力執行完成，過程非常辛苦。</li> <li>◆ 需他人提醒飲食量，避免哽噎、過食或少食。</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>3.需完全協助（完全依賴）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 只能嘴動，手不會舀，完全由他人餵食。</li> </ul>
<b>E2</b>  <b>洗澡</b>	<input type="checkbox"/> <b>1.能自行完成</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 可自行完成盆浴、淋浴或擦澡，不需他人協助、監督或持續敦促。</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>2.協助下完成</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 需他人協助、監督或持續敦促，才能完成。</li> <li>◆ 可自行完成，但執行過程困難或清潔度不佳。</li> </ul>
<b>E3</b>  <b>個人修飾</b> （包括自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子）	<input type="checkbox"/> <b>1.可自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子修飾</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 可自行完成洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子，不需他人協助、監督或持續敦促。</li> <li>◆ 可使用輔具。</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>2.需協助</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 需協助、監督或持續敦促，才能完成所有項目。</li> <li>◆ 需準備用物（如牙膏、牙刷、漱口杯）才可以完成洗臉刷牙，屬於需協助。</li> </ul>

### E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項	
<b>E4</b>  <b>穿脫衣物</b> (包括穿脫衣、褲、鞋、襪)	<input type="checkbox"/> <b>1.自行穿脫衣褲及鞋襪</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 能自行獨力完成，包括穿脫衣褲、解開釦子或拉拉鏈、穿脫鞋襪、綁鞋帶及穿脫輔具 (義肢、支架)，都不需他人協助、監督或持續敦促。每項動作分別於十分鐘內完成。</li> <li>◆ 若個案的衣褲鞋襪都沒有釦子或鞋帶，個案也能自行完成，如：穿功夫鞋或魔鬼氈的鞋子。</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>2.需協助</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 在他人協助下，能在合理時間 (十分鐘內)，自行完成一半以上的動作。</li> <li>◆ 能夠自己穿脫大部分的衣褲鞋襪，但細微動作需他人協助，如將襪子拉好、繫鞋帶、扣好釦子等。</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>3.需完全協助 (完全依賴)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 穿脫過程當中，至少一半以上需要別人幫忙才能完成。</li> </ul>
<b>E5</b>  <b>大便控制</b>	<input type="checkbox"/> <b>1.無失禁 (控)，或當便秘時，能自行用塞劑、甘油球</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 可完全自我控制大便，不會失禁 (控)。</li> <li>◆ 當便秘時，可自行使用塞劑、甘油球或腹部按摩、用手指挖大便等，不需他人協助、監督或持續敦促。</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>2.偶爾失禁 (控)，或當便秘時需協助用塞劑</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 大便失禁 (控)，每週不超過 1 次。</li> <li>◆ 當偶爾 (每週 1 次以下) 便秘時需他人協助。</li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>3.需完全協助 (完全依賴)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 大便失禁 (控)，每週出現超過 2 次 (含) 以上。</li> </ul>

### E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項	
E6 小便 控制	<p><input type="checkbox"/>1.無失禁 (控)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 可完全自我控制，日夜皆不會尿失禁 (控)。</li> <li>◆ 個案是腹膜透析、可自行處理透析程序，不需他人協助、監督或持續敦促。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>2.偶爾失禁 (控)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 尿失禁 (控) 或尿急 (無法等放好尿壺/便盆或無法即時趕到廁所) 每週不超過 1 次。</li> <li>◆ 需他人協助處理腹膜透析。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>3.需完全協助 (完全依賴)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 尿失禁 (控)，每週超過 2 次 (含) 以上的失禁 (控)，或使用導尿管。</li> </ul>
E7 上廁所	<p><input type="checkbox"/>1.可自行上下馬桶、整理衣褲、使用衛生紙、沖馬桶或清理便盆 (尿壺)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 可自行完成上下馬桶、穿脫衣褲且不弄髒衣物，自行使用衛生紙擦拭清潔，且不需他人協助、監督或敦促安全。</li> <li>◆ 使用便盆 (尿壺) 者，可自行清洗便盆 (尿壺)、完成如廁動作、自行衛生紙擦拭等，不需他人協助、監督或持續敦促。</li> <li>◆ 有腸造瘻口 (人工肛門) 者，在清潔過程可完全自理，不需他人協助、監督或持續敦促。</li> <li>◆ 可使用輔具下 (如馬桶專用起身扶手)，且能自行完成，不需他人協助、監督或持續敦促。</li> <li>◆ 插導尿管者，可自行清理尿袋中的尿液。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>2.需協助整理衣物或使用衛生紙或需協助清理便盆 (尿壺)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 使用馬桶、便盆時需要幫忙扶持或協助整理衣物或使用衛生紙、沖馬桶或清理便盆 (尿壺)。</li> <li>◆ 可自行完成，需有人監督或持續敦促安全及衛生。</li> <li>◆ 有腸造瘻口者，在清潔過程需他人少許協助或提醒。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>3.需完全協助 (完全依賴)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 整個過程，完全需要他人協助。</li> <li>◆ 有腸造瘻口 (人工肛門) 者，完全需他人協助清潔腸造瘻口。</li> <li>◆ 插導尿管者，完全需他人協助清理尿袋中的尿液。</li> </ul>



### E.個案日常活動功能量表（ADLs）【以最近一個月能力為主】

選項	
E8 移位	<p><input type="checkbox"/> 1.可自行坐起，移至椅子或用輪椅</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 可獨立完成整個移位過程，包括自行坐起及獨立坐穩、由床移至椅子或輪椅、使用輪椅的煞車和移動腳踏板，都不需要他人協助、監督或持續敦促，且沒有安全上顧慮。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 2.移位時需少部分協助或提醒</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 需要少許協助或提醒，方能完成移位的過程。</li> <li>◆ 在移位過程，有安全上顧慮，需有人在旁監督或持續敦促。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 3.可自行坐起，離床需大部分協助</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 能自行坐起及獨立坐穩，但移位至椅子或輪椅的過程，需他人大部分的協助。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 4.需完全協助（完全依賴）不能自行移位，完全需他人協助才能坐起來或需人幫忙才能移位。</p>
E9 走路	<p><input type="checkbox"/> 1.獨立走 50 公尺以上（可用輔具）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 可獨立或自行使用輔具（包含拐杖、支架、義肢、助行器）行走 50 公尺以上（指一口氣走完）。</li> <li>◆ 行走過程無安全顧慮，不需要他人協助、監督或持續敦促。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 2.需協助扶持走 50 公尺以上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 需他人稍微扶持（如一手攙扶）或口頭指導，才可行走 50 公尺以上（一口氣走完或中間需休息一次以內）。</li> <li>◆ 不需他人扶持，但行走時間明顯過長或走不到 50 公尺。</li> <li>◆ 行走時搖擺不定，有跌倒危險。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 3.不能步行 50 公尺，但能操縱輪椅 50 公尺</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 雖無法行走，但可獨立操作輪椅（包括轉彎、進門、接近桌子、床沿等），並可推行輪椅 50 公尺以上。</li> <li>◆ 可行走，但需他人大量扶持，且行走距離在 50 公尺內（包含需休息好幾回），並有跌倒危險。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 4.不能步行 50 公尺，且無法操縱輪椅</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 無法行走 50 公尺以上，完全依賴他人。</li> <li>◆ 需要他人協助操作輪椅才能移動，或完全無法操作者。</li> </ul>

**E.個案日常活動功能量表（ADLs）【以最近一個月能力為主】**

選項	
<b>E10</b> 上下 樓梯	<p><input type="checkbox"/>1.安全上下樓梯，可用扶手、拐杖</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ 可自行上下一層樓梯，不需他人扶持、監督或持續敦促且無安全上顧慮。</li><li>◆ 上下樓梯的過程，允許抓扶手、使用拐杖、支架等。</li></ul> <p><input type="checkbox"/>2.需協助、監督或持續敦促</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ 抓扶手、使用拐杖，仍然需要他人稍微扶持（指一手輕扶）、口頭指導、監督或持續敦促。</li><li>◆ 只能上樓梯，但無法下樓梯。</li></ul> <p><input type="checkbox"/>3.無法上下樓</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ 需他人大量協助，如全程需一人雙手費力扶持或需兩人共同扶持。</li><li>◆ 完全無法上下樓梯，可能需別人用背的。</li></ul>

※若 E1～E10 ☐1.皆不需協助【跳答 F 大題】 ☐2.有任一項需協助【續答 E11 題】

※ E11 題若個案無法回答者，可由主要照顧者代答。

**E11.請問您目前行動能力如何？**

- ☐1.可以在平坦地面上跑跳
- ☐2.可在平坦地面上輕鬆行走，但在不平坦地面上行走相當吃力
- ☐3.自己行走需扶持穩定物或需透過他人扶持才能行走
- ☐4.無法跨步行走，坐在一般靠背高度有扶手的椅子上可保持坐姿穩定與平衡
- ☐5.坐在一般靠背高度有扶手的椅子上無法維持坐姿

## F.個案工具性日常活動功能量表 (IADLs)【以最近一個月能力為主】

選項	
<b>F1</b> 使用電話	<p>問法：請問您當需要聯絡他人時，您能不能自己打電話？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能獨立使用電話，含查電話簿、撥號等</p> <p><input type="checkbox"/>2.僅能撥熟悉的電話號碼</p> <p>◆ 個案只能撥少於 5 組的常用電話。</p> <p><input type="checkbox"/>3.僅能接電話，但不能撥電話</p> <p>◆ 只能接聽電話，並聽懂對方所說的內容。</p> <p><input type="checkbox"/>4.完全不能使用電話</p>
<b>F2</b> 購物	<p>問法：請問您能不能自己一個人購物（買東西）？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能獨立完成所有購物需求</p> <p>◆ 指個案可以獨立購買任何想要的物品，包含必需品與非必需品。</p> <p><input type="checkbox"/>2.只能獨立購買日常生活用品</p> <p>◆ 指個案僅能獨立在附近商店購買簡單日常必需品（例如便當、衛生紙...等）。</p> <p>◆ 購買較複雜的品項就需要有人陪。</p> <p><input type="checkbox"/>3.每一次購物都需要有人陪</p> <p>◆ 個案只要有人陪伴，就可以完成購物。</p> <p><input type="checkbox"/>4.完全不能獨自購物</p> <p>◆ 個案因身體、精神或智能狀況因素，完全不能購物，例如長期臥床之昏迷個案或心智功能障礙之個案。</p>
<b>F3</b> 備餐	<p>問法：請問您能不能自己一個人準備餐食？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能獨立計畫、準備食材及佐料、烹煮和擺設一頓飯菜</p> <p><input type="checkbox"/>2.如果準備好一切食材及佐料，能做一頓飯菜</p> <p><input type="checkbox"/>3.能將已做好的飯菜加熱</p> <p><input type="checkbox"/>4.需要別人把飯菜煮好、擺好</p>

## F.個案工具性日常活動功能量表 (IADLs)【以最近一個月能力為主】

選項	
<b>F4</b> 處理家務	問法：請問您能不能自己一個人做家事？ <input type="checkbox"/> 1.能單獨處理家事，或偶爾需要協助較繁重的家事（例如：搬動家具、清理廚房且完成歸位等） <input type="checkbox"/> 2.能做較簡單的家事，如洗碗、擦桌子 <input type="checkbox"/> 3.能做較簡單的家事，但不能達到可接受的清潔程度 <input type="checkbox"/> 4.所有的家事都需要別人協助方能完成 <input type="checkbox"/> 5.完全不能做家事
<b>F5</b> 洗衣服	問法：請問您能不能自己一個人洗衣服（含晾曬衣服）？ <input type="checkbox"/> 1.自己清洗所有衣物 ♦ 不論個案用什麼工具洗衣服（洗衣機或以洗衣板用手洗），可以洗（晾曬）所有的衣服，且可自行完成。 <input type="checkbox"/> 2.需部份協助（例如需協助晾曬衣物或洗滌厚重衣物） ♦ 只能洗內衣褲或襪子等貼身衣物（僅需泡水，沖一沖即可），或僅能洗部份衣物，部份需協助（例如厚重衣物）。 <input type="checkbox"/> 3.需完全協助（完全依賴） ♦ 所有衣服需完全由別人協助洗及晾曬。
<b>F6</b> 外出	問法：請問您能不能自己一個人外出活動？ <input type="checkbox"/> 1.能夠自己開車、騎車或自己搭乘大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 2.能夠自己搭乘計程車，但不能搭乘大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 3.當有人陪同時，可搭乘大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 4.只能在有人協助或陪同時，可搭乘計程車或自用車 <input type="checkbox"/> 5.完全不能出門

**F.個案工具性日常活動功能量表（IADLs）【以最近一個月能力為主】**

選項	
<b>F7</b> <b>服用藥物</b>	<p>問法：請問您能不能自己一個人服用藥物？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能自己負責在正確的時間用正確的藥物（含正確藥量）</p> <p><input type="checkbox"/>2.如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 個案有時會忘記吃藥，需提醒時間或份量，或需他人準備好份量，依時間排好放進藥盒，或需要他人在藥包上做記號，個案再自行服用。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>3.完全不能自己服用藥物</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 包含亂吃、拒吃、藏藥、無法自行服藥。</li> </ul>
<b>F8</b> <b>處理財務的能力</b>	<p>問法：請問您能不能自己一個人處理財務？</p> <p><input type="checkbox"/>1.可以獨立處理財務</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 指到郵局（銀行）提存款、支付房租、帳單、給錢、找錢等。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>2.可以處理日常的購買，但需別人協助與銀行往來或大宗買賣</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 只能處理日常購買（給錢、找錢），無法處理與銀行或金額較大的財務往來。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>3.完全不能處理錢財</p>

## G.特殊複雜照護需要

### G1.疼痛狀況

評估員請注意：疼痛狀況，以個案本人回答為優先，若個案無法回答，可由主要照顧者觀察到的情況來回答。

- ☐1.個案本人回答
- ☐2.由主要照顧者代答

#### G1a.過去 1 個月中，個案身體疼痛的程度？

- ☐1.完全無疼痛 **【續答 G2】**
- ☐2.輕微的疼痛 \_\_\_\_\_
- ☐3.中度疼痛 \_\_\_\_\_
- ☐4.較嚴重的疼痛（尚可忍受的程度）\_\_\_\_\_
- ☐5.非常嚴重的疼痛（無法忍受的程度）\_\_\_\_\_
- ☐6.有疼痛狀況，無法判斷疼痛程度 \_\_\_\_\_
- ☐7.不知道或無法判斷 **【續答 G2】**

#### G1b.疼痛的頻率為：

- ☐1.一個月數次
- ☐2.一週數次
- ☐3.每天疼痛
- ☐4.不知道或無法判斷

### G2.皮膚狀況

#### G2a.請問個案現在的皮膚狀況？

- ☐1.正常 **【跳答 G3】**
- ☐2.異常

#### G2b.皮膚暴露於潮溼環境的程度

- ☐1.皮膚總是潮溼或整天包尿布
- ☐2.皮膚常常潮溼或半天包尿布
- ☐3.皮膚偶而潮溼或需要時才包尿布
- ☐4.乾燥、乾淨

**G2c.請問皮膚異常的狀況為何？【可複選】**

- ☐1.乾燥有皮屑  
☐2.瘀青  
☐3.丘疹  
☐4.傷口

**【勾選此項者請續答 G2d】**

**→G2d 傷口情形：【可複選】**

- ☐1.擦傷、割傷  
☐2.壓傷

**→G2d1.壓傷等級：（若有多處壓傷，請選最嚴重的等級）**

- ☐1.第一級 ☐2.第二級 ☐3.第三級 ☐4.第四級  
☐5.無法分級 ☐6.深層組織損傷

**→G2d2.何者有壓傷或傷口**

- ☐1.右腕部皮膚不完整  
☐2.左腕部皮膚不完整  
☐3.背/臀部皮膚不完整  
☐4.其他 \_\_\_\_\_

- ☐3.燒燙傷  
☐4.術後傷口  
☐5.延遲癒合之手術傷口  
☐6.糖尿病足潰瘍  
☐7.血管性潰瘍（動脈或靜脈；含足部以外的糖尿病潰瘍）  
☐8.其他：\_\_\_\_\_（請說明）

- ☐5.疥瘡

**G3.關節活動度**

**G3a.請問個案是否會因關節僵硬受限制，以致影響日常生活功能（如：腳踝受限站在地上腳跟踩不到地；肩關節受限疼痛明顯）或造成照顧困難（如：協助個案清潔身體時，胯下、腋下或指縫清潔不易；穿脫衣服有困難；包尿布不好包；在協助個案做被動運動時，手或腳拉不直）？（截肢者僅針對所剩關節評估）**

- ☐1.否，沒有影響日常生活功能  
☐2.是，有影響日常生活功能  
☐3.無法評估

**【勾選此項者請續答 G3b】**

**→G3b.受限制的位置【可複選】：**

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.肩關節  | <input type="checkbox"/> 4.髖關節  |
| <input type="checkbox"/> 2.肘關節  | <input type="checkbox"/> 5.膝關節  |
| <input type="checkbox"/> 3.腕指關節 | <input type="checkbox"/> 6.踝關節  |
| <input type="checkbox"/> 7.頸關節  | <input type="checkbox"/> 8.全身關節 |

## G4.疾病史與營養評估

### G4a.個案過去 3 個月體重是否減輕？

- ☐1.非計畫性體重減輕超過 3 公斤  
☐2.非計畫性體重減輕 1~3 公斤  
☐3.體重無變化  
☐4.不知道  
☐5.其他：\_\_\_\_\_（請說明）

### G4b.個案身體質量指數（BMI）：

1.身高：□□□公分    2.體重：□□□公斤 【取整數】

3.若無法回答個案身高、體重時，請測量小腿圍

若無法回答個案身高、體重時，請測量小腿圍

1. 小腿圍：□□.□公分 【取至小數點後一位】  
2. ☐因截肢無法測量

### G4c.個案一般的飲食狀況，以週為單位：

- ☐1.未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過 5 天），或灌食自製管灌飲食小於 1600c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 800 大卡/日。  
☐2.未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2000c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1000 大卡/日。  
☐3 未吃完，每餐進食量超過整餐的 1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2400c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1200 大卡/日。  
☐4.每餐吃完，從不拒絕用餐，或不需任何補充食物，或灌食自製管灌飲食大於 2400c.c./日，或採用管灌飲食（或靜脈營養）大於 1200 大卡/日。

註：若個案 BMI 小於 18.5 或落入上述選項 1.2，可能有營養不良之風險，建議營養師介入評估指導。

### G4d.衰弱評估（SOF）

G4d1.您是否在未刻意減重的情況下，過去一年中體重減少了 5%以上？

- ☐1.是    ☐2.否    ☐3.其他：\_\_\_\_\_（請說明）

G4d2.您是否可以在不用手支撐的狀況下，從椅子上站起來 5 次？（請個案實際做）

- ☐1.是    ☐2.否    ☐3.其他：\_\_\_\_\_（請說明）

G4d3.在過去一週內，您是否經常（一個禮拜內有 3 天以上）有提不起勁來做事的感覺？

- ☐1.是    ☐2.否    ☐3.其他：\_\_\_\_\_（請說明）



**G4e.請問個案是否有經醫師診斷，且目前（6個月內）仍存在的疾病【可複選】？**

☐1.否【跳答 G4f】 ☐2.是【續答疾病史】

疾病名稱	目前正在治療	目前使用藥物
<input type="checkbox"/> 01.高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 02.糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 03.骨骼系統（關節炎、骨折、骨質疏鬆症）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 04.視覺疾病（白內障、視網膜病變、青光眼或黃斑性退化等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 05.腦血管意外（中風）、暫時性腦部缺血（小中風）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.冠狀動脈疾病（如心絞痛、心肌梗塞、動脈硬化性心臟病）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 07.心房顫動或其他節律障礙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 08.癌症（過去五年內）：_____癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 09.呼吸系統疾病（氣喘、慢性阻塞性肺病、肺炎、呼吸衰竭等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10.消化系統疾病（肝、膽、腸、胃）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11.泌尿生殖系統疾病（良性攝護腺肥大、腎衰竭等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12.失智症【續答 G7】	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13.精神疾病（思覺失調症、雙極性精神障礙、憂鬱症等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14.自閉症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15.智能不足（輕度、中度、重度、極重度、其他及非特定智能不足）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16.腦性麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17.帕金森氏症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 18.脊髓損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 19.運動神經元疾病（最常見為肌萎縮性脊髓側索硬化症, ALS）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.傳染性疾病（疥瘡、肺結核、梅毒、愛滋病等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.感染性疾病（過去一個月內）：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.罕見疾病：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 23.其他：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G4f.個案尋求必要醫療時，是否需要服務介入協助？**

☐1.不需要協助

☐2.需協助

**G5.特殊照護**

**G5a.個案目前是否接受特殊醫療照護？**

☐1.無 **【跳答 G6a】**

☐2.有

項目 <b>【可複選】</b>	
<input type="checkbox"/>	01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理
<input type="checkbox"/>	02.管灌餵食
<input type="checkbox"/>	03.氣切護理（更換氣切造口管、氣切造瘻口處理）
<input type="checkbox"/>	04.呼吸器
<input type="checkbox"/>	05.抽痰（含蒸氣吸入）
<input type="checkbox"/>	06.氧氣治療
<input type="checkbox"/>	07.血氧濃度測量
<input type="checkbox"/>	08.中心靜脈營養導管護理
<input type="checkbox"/>	09.靜脈注射、肌肉注射、皮內注射、皮下注射、點滴加藥
<input type="checkbox"/>	10.更換腎臟引流或膀胱引流管
<input type="checkbox"/>	11.更換膀胱造口管
<input type="checkbox"/>	12.留置導尿管護理（含尿袋、小腿袋使用）
<input type="checkbox"/>	13.一般導尿
<input type="checkbox"/>	14.大小量灌腸、留置性灌腸
<input type="checkbox"/>	15.糞嵌塞清除
<input type="checkbox"/>	16.造口護理（含造口灌洗）
<input type="checkbox"/>	17.引流管灌洗
<input type="checkbox"/>	18.傷口護理、換藥（不包括三、四級壓傷傷口處理）
<input type="checkbox"/>	19.壓傷處理
<input type="checkbox"/>	20.疼痛處置
<input type="checkbox"/>	21.被動性關節運動
<input type="checkbox"/>	22.血液透析
<input type="checkbox"/>	23.腹膜透析

## G6.吞嚥能力

### G6a.個案是否有任何關於吞嚥困難的情形或症狀？【可複選】

- ☐ 1. 無吞嚥困難 【跳答 G7】
- ☐ 2. 抱怨吞嚥困難或吞嚥時會疼痛
- ☐ 3. 吃東西或喝水的時候出現咳嗽或噎咳
- ☐ 4. 用餐後嘴中仍含著食物或留有殘餘食物
- ☐ 5. 當喝或吃流質或固質的食物時，食物會從嘴角邊流失
- ☐ 6. 有流口水之情形
- ☐ 7. 無法評估

【續答 G6b】

### G6b.個案有無接受過吞嚥訓練？

- ☐ 1. 無
- ☐ 2. 有

### G7.個案被診斷為失智症後，照顧者是否有接受護理人員或其他專業人員提供下列的教導？【可複選】

- ☐ 1. 未接受過教導
- ☐ 2. 維持認知功能
- ☐ 3. 行為管理技巧
- ☐ 4. 日常生活安排
- ☐ 5. 安全與保護

## G8.跌倒、平衡及安全

### G8a.請問個案是否能維持坐姿的平衡？（在沒有靠背支撐的狀況下）

- ☐ 1. 正常，不靠扶持能坐著達一分鐘以上
- ☐ 2. 較差，不靠扶持只能坐著十秒鐘至一分鐘
- ☐ 3. 極差，不靠扶持只能坐著少於十秒鐘（包括完全無法坐）

### G8b.請問個案是否能維持站立的平衡？

- ☐ 1. 正常，不靠扶持能站立達一分鐘以上
- ☐ 2. 較差，不靠扶持只能站立十秒鐘至一分鐘
- ☐ 3. 極差，不靠扶持只能站立少於十秒鐘（包括完全無法站）

### G8c.在過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過（例如：走路時跌倒、滑倒、坐著或站著沒坐好或站好，或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下，無論是否有受傷）？

- ☐ 1. 沒有跌倒或摔倒過 【跳答 G8d】
- ☐ 2. 跌倒或摔倒 1 次 【續答 G8c1】
- ☐ 3. 跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次）【續答 G8c1】

→G8c1.現在移位或走路時是否異常（指是否有困難）例如：頭暈、不穩或不安全

- ☐ 1. 否
- ☐ 2. 是 【續答 G8d】

**G8d.你的日常活動是否因擔心跌倒而不做？（例如：不敢獨自出門、在家走動或自己洗澡）**

- ☐1.不會擔心  
☐2.會擔心  
☐3.不適用（坐輪椅者、臥床者）

**G8e.個案對於危險的認知？**

- ☐1.有能力：可以認識日常生活危險來源  
☐2.大部分有能力：可以認識大部分於日常生活中的危險來源  
☐3.小範圍有能力：對於常會碰到的危險（尤其是住家環境中會出現的危險），卻常不認為那是危險  
☐4.無能力：完全不自知有危險

## **H.居家環境與社會參與**

### **H1.居家環境與居住狀況**

**H1a.請問個案目前的居住狀況：**

- ☐1.獨居 **【跳答 H1c~H1e】**  
☐2.與家人或其他人同住 **【續答 H1b~H1e】**  
☐3.住在機構  
☐4.政府補助居住服務（例如社區居住） **【續答 H1b~H1e】**  
☐5.其他 \_\_\_\_\_（請說明） **【續答 H1b~H1e】**

**H1b.請問目前哪些人與個案同住？【可複選】**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01.配偶或同居人         | <input type="checkbox"/> 06.（外）祖父母                                  |
| <input type="checkbox"/> 02.父親（含配偶或同居人的父親） | <input type="checkbox"/> 07.（外）孫子女                                  |
| <input type="checkbox"/> 03.母親（含配偶或同居人的母親） | <input type="checkbox"/> 08.其他親戚（僅包含曾祖父母、（外）<br>曾孫子女、伯、叔、姑、舅、姨、甥、姪） |
| <input type="checkbox"/> 04.子女（含媳婿）        | <input type="checkbox"/> 09.子女家輪流住                                  |
| <input type="checkbox"/> 05.兄弟姐妹           | <input type="checkbox"/> 10.同儕朋友                                    |
| <input type="checkbox"/> 11.其他（包含看護）：_____ |   |

**H1c.請問個案居住在幾樓？\_\_\_\_\_樓**

**H1d.請問是否有電梯？**

- ☐1.否，沒有電梯  
☐2.是，有電梯

### H1e.請問個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活？

【勾選 2~7 項可複選】

- ☐1.環境構造上的障礙並不構成問題
- ☐2.個案的活動範圍有階梯（如：去廁所、就寢、用餐地方）
- ☐3.個案的活動範圍有跌倒風險（如：光線昏暗、地板濕滑或不平、地面有障礙物或線路）→ H1e1.有跌倒風險地點
- ☐01.客廳 ☐02.臥房 ☐03.走道 ☐04.樓梯 ☐05.陽台 ☐06.吃飯處
- ☐07.書房 ☐08.浴室 ☒09.居家出入口 ☐10.其他\_\_\_\_\_
- ☐4.個案從室內到室外有階梯或門檻
- ☐5.個案使用助行器或輪椅，室內走道過於狹窄或有阻礙
- ☐6.空間不夠置放額外的醫療設備或器材（如：病床、呼吸器）
- ☐7.其他：\_\_\_\_\_（請註明）
- ☐8.不適用

## H2.社會參與

### H2a.請問個案與親朋好友多久會聯絡 1 次，包括見面、通電話或寫信？

- ☐1.沒有親朋好友 ☐5.每週至少 1 次
- ☐2.從不聯絡 ☐6.每週至少連絡 2~3 次
- ☐3.很少聯絡 ☐7.每天聯絡
- ☐4.每個月至少 1 次

### H2b.請問個案目前是否有參與下列的活動？

（如婦女會、才藝班、教會、團契、寺廟會團、農會、漁會、工會、獅子會、政治性團體、志工或義工、同鄉會、宗親會、老人會、民間團體辦理活動）

- ☐1.沒有 ☐4.每三個月至少 1 次
- ☐2.每年至少 1 次 ☐5.每一個月至少 1 次
- ☐3.每六個月至少 1 次 ☒6.每週至少 1 次

### H2c.請問個案最近三個月內為了與親友互動、參與活動，是否需要服務介入協助？

- ☐1.不需要協助 **【跳答 I 大題】**
- ☐2.需要協助 **【續答 H2c1~H2c2 題】**

#### →H2c1.請問個案最近三個月內為了與親友互動、參與活動，需要協助的方式？

- ☐1.監督陪同
- ☐2.口頭/手勢的提示
- ☐3.部分肢體協助
- ☐4.完全肢體協助

#### →H2c2.請問個案最近三個月內為了與親友互動、參與活動，需要協助的頻率？

- ☐1.一個月不到 1 次
- ☐2.至少一個月 1 次，但不是每個星期
- ☐3.至少一星期 1 次

- ☐ 1. 個案無下列情緒及問題行為，請跳答 J 大題
- ☐ 2. 若個案獨居且無主要照顧者，請跳答 K8 題

**I. 情緒及行為型態【本大題限主要照顧者回答】**

情緒及行為型態	I01a~I14a 在過去三個月內，個案是否有出現該類行為【勾 2. 有發生者，續答 I01b~I14b 題】	I01b~I14b 在過去一週內，個案若有出現該類行為，多久？
<b>I01. 遊走</b> 個案是否會無目的地走動、重複的往返踱步，有可能未注意到安全、有走失的風險？	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I02.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天
<b>I02. 日夜顛倒/作息混亂</b> 個案是否有白天嗜睡及夜間睡眠困難？是否半夜醒來，難以再度入睡？是否會半夜遊走、半夜著裝、或者半夜干擾你的睡眠？	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I03.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天
<b>I03. 語言攻擊行為</b> 個案是否曾大叫或生氣的咒罵？或者不斷抱怨？	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I04.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天
<b>I04. 肢體攻擊行為</b> 個案是否曾試圖攻擊別人？不包括語言攻擊及未朝向他人之攻擊。	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I05.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天
<b>I05. 干擾行為</b> 個案是否會任意翻動別人物品、或者有其他影響別人不恰當或破壞性的行為？（如：製造奇怪聲響、弄髒自己、暴食、亂丟食物、亂翻他人物品、儲藏物品、社交上不恰當的行為、偷竊行為等）	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I06.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天
<b>I06. 抗拒照護</b> 個案是否曾經拒絕跟照顧者合作或者不讓別人幫他忙？例如對試圖幫助他的人發脾氣？	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I07.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天
<b>I07. 妄想</b> 個案是否存有你認為非事實的信念？例如：堅持有人要傷害他或者偷他東西，說過「家人不是他的家人」或者「自己的家不是他的家」？	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I08.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天
<b>I08. 幻覺</b> 個案是否存有幻覺，例如看見實際不存在的人物或東西？或聽見不存在的聲音等？	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I09.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天
<b>I09. 恐懼或焦慮</b> 個案是否非常緊張、擔心、或者沒來由的感到害怕？個案是否看起來緊繃或者煩躁？個案是否害怕你不在身邊？	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生【跳答 I10.】 <input type="checkbox"/> 2. 有發生	<input type="checkbox"/> 1. 從未發生 <input type="checkbox"/> 2. 每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3. 每週出現 4-7 天

情緒及行為型態	I01a~I14a 在過去三個月內，個案是否有出現該類行為【勾 2.有發生者，續答 I01b~I14b 題】	I01b~I14b 在過去一週內，個案若有出現該類行為，多久？
<b>I10.憂鬱及負性症狀</b> 個案是否看起來或者說過他感到憂傷或難過？或者表現出無精打采、不感興趣的樣子？如：心情低落、活動量降低（不想動、不講話、雙眼呆滯無神）、胃口差、社會退縮、貶低自己或者認為自己是失敗者、認為自己很壞、看起來喪志、認為自己是家人負擔等。	<input type="checkbox"/> 1.從未發生【跳答 I11.】 <input type="checkbox"/> 2.有發生	<input type="checkbox"/> 1.從未發生 <input type="checkbox"/> 2.每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3.每週出現 4-7 天
<b>I11.自傷行為及自殺（包含意念及行為）</b> 個案是否有自我傷害如撞牆、咬舌、咬身體及割腕或身體、故意跌倒（不包括拒絕進食）、企圖自殺、計畫自殺、有自殺意念或持續想到死亡。	<input type="checkbox"/> 1.從未發生【跳答 I12.】 <input type="checkbox"/> 2.有發生	<input type="checkbox"/> 1.從未發生 <input type="checkbox"/> 2.每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3.每週出現 4-7 天
<b>I12.重複行為</b> 個案是否會重複無目的行為如開關衣櫃或抽屜、重覆的撿東西、纏繞繩子或線頭、或者重複句子或問題（如“現在幾點？現在幾點？現在幾點？”一直重複問此句話）、或者出現自我刺激的特殊行為（如搖手、敲頭、任意晃動身體、拍打敲打等尋求身體刺激的行為）。	<input type="checkbox"/> 1.從未發生【跳答 I13.】 <input type="checkbox"/> 2.有發生	<input type="checkbox"/> 1.從未發生 <input type="checkbox"/> 2.每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3.每週出現 4-7 天
<b>I13.對物品的攻擊行為</b> 個案是否曾摔門、踢或破壞家具，或者縱火、破壞物品、丟東西？	<input type="checkbox"/> 1.從未發生【跳答 I14.】 <input type="checkbox"/> 2.有發生	<input type="checkbox"/> 1.從未發生 <input type="checkbox"/> 2.每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3.每週出現 4-7 天
<b>I14.其他不適當以及不潔行為</b> 個案是否有任何不潔的行為。例如隨地吐口水或者玩弄自己的排泄物、公開場合寬衣解帶、公開場合自慰或言語性暗示或挑逗、異食癖，或其他讓人感到難堪的事。	<input type="checkbox"/> 1.從未發生【跳答 J 大題】 <input type="checkbox"/> 2.有發生	<input type="checkbox"/> 1.從未發生 <input type="checkbox"/> 2.每週出現 1-3 天 <input type="checkbox"/> 3.每週出現 4-7 天



## J. 主要照顧者負荷

【本大題限主要照顧者為家人或親友回答】

若個案有下列情形，請依標示填答：

☐ 1. 個案獨居且無主要照顧者【跳答 K8 題】

☐ 2. 主要照顧者為聘僱之看護【跳答 K1-K6、K8 題】

☐ 3. 個案住在機構中【跳答 K8 題】

☐ 4. 主要照顧者為家人或親友【續 J、K 大題】

J01~05. 我們想要瞭解您在照顧個案以後的感覺，請問您會不會因為照顧他，而感到.....	1 否	2 是
J01. 睡眠受到干擾（例如：需在夜間照顧頻繁起床或遊走的個案）	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
J02. 體力上的負荷（例如：需專注看護或花費體力協助個案移動）	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
J03. 需分配時間照顧其他家人（例如：來自其他家庭成員的要求）	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
J04. 對個案的行為感到困擾（例如：失禁、記憶問題、責怪他人拿取自己的物品）	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
J05. 無法承受照顧壓力（例如：擔心無法好好照顧個案）	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.

## K. 主要照顧者工作與支持

【本大題限主要照顧者回答】

K1. 請問您是否與個案同住？

☐ 1. 否 ☐ 2. 是

K2. 若您有事必須外出，一天之中（二十四小時），請問您可將個案單獨留置家中幾小時沒有問題？

☐ 1. 個案不能一個人在家

☐ 4. 三小時～未滿六小時

☐ 2. 未滿一小時

☐ 5. 六小時～未滿九小時

☐ 3. 一小時～未滿三小時

☐ 6. 九小時以上

K3. 有無照顧其他失能家人或 3 歲以下幼兒？

☐ 1. 沒有，僅個案 1 人

☐ 2. 有，共\_\_\_\_\_人（不包括個案）

K4. 請問您已經照顧個案多久？ 年月

K5. 請問您過去 1 個月的健康狀況好不好？

☐ 1. 非常好

☐ 2. 很好

☐ 3. 好

☐ 4. 尚可

☐ 5. 不好

☐ 6. 非常不好

K6. 整體來說，您覺得您生活品質好不好？

☐ 1. 非常好

☐ 2. 很好

☐ 3. 好

☐ 4. 尚可

☐ 5. 不好

☐ 6. 非常不好



**K7.請問您目前有沒有在工作？**

☐1.沒有 →

**K7a.您以前有沒有工作（有沒有工作賺錢）？**

☐1.沒有      ☐2.有

**K7b.您是不是因為照顧個案而不再工作？【跳答 K8】**

☐1.不是      ☐2.是

☐2.有 →

**K7c.您目前的工作是全職還是兼職？**

☐1.全職      ☐2.兼職（部分時間工作）

**K7d.為了照顧個案，您的工作是否受到影響？**

☐1.沒有影響

☐2.有影響【續答 K7e】

**K7e.若有影響，影響的結果為何？**

☐1.必須減少工作時間

☐2.必須請假（事假、病假、家庭照顧假）

☐3.必須彈性調整工作時間

☐4.其他 \_\_\_\_\_（請說明）

**K8.請寫出其他有關訪問過程、個案（家屬）期許或其他如虐待、疏忽、需緊急就醫、自費等特殊狀況或問題：**

---

---

---

---

---

## 📄 評估總結

## 📄 CMS 等級及額度

### 📄 輔具建議（本題透過量表評估結果，由系統自動帶出需要的長照輔具）

GA1 沐浴/如廁用類

GA2 步行活動類

GA3 輪椅類

GA4 移轉位與翻身類

GA5 溝通與警示輔具

GA6 協助飲食/居家生活輔具

GA7 住家及其他場所家具與改裝組件

GA8 其它輔具

GA9 建議其它的輔具 \_\_\_\_\_

GA10 個案是否有輔具使用上的問題 ☐1.沒有 ☐2.有\_\_\_\_\_

## 📄 照顧計畫

PLAN-1.是否使用居家服務 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_小時/月

PLAN-2.是否使用日間照顧 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_日/月

PLAN-3.是否使用家庭托顧 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_日/月

PLAN-4.是否使用居家喘息服務 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_天/年

PLAN-5.是否使用機構喘息服務 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_天/年

PLAN-6.是否使用社區喘息服務 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_天/年

PLAN-7.是否使用居家護理 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_次/月

PLAN-8.是否使用居家職能治療 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_次/年

PLAN-9.是否使用居家物理治療 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_次/年

PLAN-10.是否使用社區復健治療 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_次/年

PLAN-11.是否使用輔具 ☐1.否 ☐2.是【續答 PLAN-11-1】

PLAN-11-1. 服務內容☐1.輔具購買(租借) ☐2.居家無障礙環境改善

PLAN-12.是否使用老人營養餐飲服務 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-13.是否使用交通接送服務 ☐1.否 ☐2.是，服務需求\_\_\_\_\_趟/月

PLAN-14.是否使用機構服務 ☐1.否 ☐2.是【續答 PLAN-15-1】

PLAN-14-1. 建議服務內容

☐1.長期照護型機構 ☐2.養護型機構 ☐3.失智照護型機構 ☐3.護理之家

☐5.精神護理之家 ☐6.其他：\_\_\_\_\_

PLAN-15.是否使用失智共同照護中心 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-16.是否使用失智社區服務據點 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-17.是否使用原住民族地區社區整合型服務 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-18.是否使用小規模多機能服務 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-19.是否使用家庭照顧者支持服務 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-20.是否使用社區整體照顧模式 ☐1.否 ☐2.是

(成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站)

PLAN-21.是否使用社區預防性照顧 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-22.是否使用預防及延緩失能(智)服務 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-23.是否使用銜接居家醫療 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-24.除住宿機構服務外，仍無法滿足其需求 ☐1.否 ☐2.是

PLAN-25.轉介其他資源

☐1.無 ☐2.關懷訪視 ☐3.電話問安 ☐4.諮詢服務 ☐5.中低特照津貼

☐6.轉介精神科 ☐7.口腔保健 ☐8.其他：\_\_\_\_\_

## 問題清單

## 個案(家屬)簽名