

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)

03.國小
06.特教班

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.低收入戶
3.中低收入戶【勾選此項者續答 3a 題】 3a-1.未達 1.5 倍 3a-2 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】：

- 01.視覺障礙 02.聽覺機能障礙
03.平衡機能障礙 04.聲音機能或語言機能障礙
05.肢體障礙 06.智能障礙
07.重要器官失去功能 08.顏面損傷
09.植物人 10.失智症
11.自閉症 12.慢性精神病
13.多重障礙【請再勾選各項障礙類別】
14.頑型（難治型）癲癇症
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
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
08.孫子	09.孫女	10.孫媳婦
12.父親	13.母親	14.岳父母
16.祖父	17.祖母	18.外祖父
20.聘用看護-本國籍	21.聘用看護-外國籍	15.公婆
22.其他：	_____	19.外祖母 (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）_____ → 【續答 C1a.】
6.其他：_____ (請說明)

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】

D1.重複三個詞

詞：襪子、藍色、床

- 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】

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	
E1 吃飯 (不包含 自行準備 食物、餐 具或盛裝 食物等)	<p><input type="checkbox"/> 1.在合理時間（一小時）內，自行或用輔具進食餐盤食物</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 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。 ♦ 能自行取用穿脫進食輔具。 <p><input type="checkbox"/> 2.需要一些協助</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 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。 ♦ 可自行吃食，但花超過一小時或食物灑落一地。 ♦ 可勉強及吃力執行完成，過程非常辛苦。 ♦ 需他人提醒飲食量，避免哽噎、過食或少食。 <p><input type="checkbox"/> 3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 由鼻胃管進食。 ♦ 只能嘴動，手不會舀，完全由他人餵食。
E2 洗澡	<p><input type="checkbox"/> 1.能自行完成</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 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。 <p><input type="checkbox"/> 2.協助下完成</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 需他人協助、監督或持續敦促，才能完成。 ♦ 可自行完成，但執行過程困難或清潔度不佳。
E3 個人 修飾 (包括自 行洗臉、 洗手、刷 牙、梳 頭、刮鬍 子)	<p><input type="checkbox"/> 1.可自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子修飾</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 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。 ♦ 可使用輔具。 <p><input type="checkbox"/> 2.需協助</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ 需協助、監督或持續敦促，才能完成所有項目。 ♦ 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。

E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項	
E4 穿脫衣物 (包括穿脫衣、褲、鞋、襪)	<p><input type="checkbox"/> 1.自行穿脫衣褲及鞋襪</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 能自行獨力完成，包括穿脫衣褲、解開釦子或拉拉鍊、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。 ◆ 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。 <p><input type="checkbox"/> 2.需協助</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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。 ◆ 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。 <p><input type="checkbox"/> 3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 穿脫過程當中，至少一半以上需要別人幫忙才能完成。
E5 大便控制	<p><input type="checkbox"/> 1.無失禁（控），或當便秘時，能自行用塞劑、甘油球</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 可完全自我控制大便，不會失禁（控）。 ◆ 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。 <p><input type="checkbox"/> 2.偶爾失禁（控），或當便秘時需協助用塞劑</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 大便失禁（控），每週不超過 1 次。 ◆ 當偶爾（每週 1 次以下）便秘時需他人協助。 <p><input type="checkbox"/> 3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 大便失禁（控），每週出現超過 2 次（含）以上。

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"> ◆ 可完全自我控制，日夜皆不會尿失禁（控）。 ◆ 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。 <p><input type="checkbox"/> 2.偶爾失禁（控）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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。 ◆ 需他人協助處理腹膜透析。 <p><input type="checkbox"/> 3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 尿失禁（控），每週超過 2 次（含）以上的失禁（控），或使用導尿管。
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"> ◆ 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。 ◆ 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。 ◆ 有腸造廔口（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。 ◆ 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。 ◆ 插導尿管者，可自行清理尿袋中的尿液。 <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"> ◆ 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）。 ◆ 可自行完成，需有人監督或持續敦促安全及衛生。 ◆ 有腸造廔口者，在清潔過程需他人少許協助或提醒。 <p><input type="checkbox"/> 3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 整個過程，完全需要他人協助。 ◆ 有腸造廔口（人工肛門）者，完全需他人協助清潔腸造廔口。 ◆ 插導尿管者，完全需他人協助清理尿袋中的尿液。

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"> ◆ 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。 <p><input type="checkbox"/> 2.移位時需少部分協助或提醒</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 需要少許協助或提醒，方能完成移位的過程。 ◆ 在移位過程，有安全上顧慮，需有人在旁監督或持續敦促。 <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"> ◆ 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。 <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"> ◆ 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）。 ◆ 行走過程無安全顧慮，不需要他人協助、監督或持續敦促。 <p><input type="checkbox"/> 2.需協助扶持走 50 公尺以上</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 需他人稍微扶持（如一手攬扶）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）。 ◆ 不需他人扶持，但行走時間明顯過長或走不到 50 公尺。 ◆ 行走時搖擺不定，有跌倒危險。 <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"> ◆ 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。 ◆ 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。 <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"> ◆ 無法行走 50 公尺以上，完全依賴他人。 ◆ 需要他人協助操作輪椅才能移動，或完全無法操作者。

E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項	
E10 上下 樓梯	<input type="checkbox"/> 1.安全上下樓梯，可用扶手、拐杖 <ul style="list-style-type: none">◆ 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。◆ 上下樓梯的過程，允許抓扶手、使用拐杖、支架等。
	<input type="checkbox"/> 2.需協助、監督或持續敦促 <ul style="list-style-type: none">◆ 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。◆ 只能上樓梯，但無法下樓梯。
	<input type="checkbox"/> 3.無法上下樓 <ul style="list-style-type: none">◆ 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。◆ 完全無法上下樓梯，可能需別人用背的。

※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	
F1 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 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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>
F2 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 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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）。 ◆ 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 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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>
F3 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	
F4 處理家務	<p>問法：請問您能不能自己一個人做家事？</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>2.能做較簡單的家事，如洗碗、擦桌子</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>4.所有的家事都需要別人協助方能完成</p> <p><input type="checkbox"/>5.完全不能做家事</p>
F5 洗衣服	<p>問法：請問您能不能自己一個人洗衣服（含晾曬衣服）？</p> <p><input type="checkbox"/>1.自己清洗所有衣物</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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。 <p><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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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）。 <p><input type="checkbox"/>3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 所有衣服需完全由別人協助洗及晾曬。
F6 外出	<p>問法：請問您能不能自己一個人外出活動？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能夠自己開車、騎車或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，但不能搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>3.當有人陪同時，可搭乘大眾運輸工具</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>5.完全不能出門</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	
F7 服用藥物	<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 ♦ 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。</p> <p><input type="checkbox"/>3.完全不能自己服用藥物 ♦ 包含亂吃、拒吃、藏藥、無法自行服藥。</p>
F8 處理財務的能力	<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 ♦ 指到郵局（銀行）提存款、支付房租、帳單、給錢、找錢等。</p> <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 ♦ 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。</p> <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. 右髖部皮膚不完整
- 2. 左髖部皮膚不完整
- 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. 疹瘡

G3. 關節活動度

G3a. 請問個案是否會因四肢關節僵硬受限制，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 **【勾選此項者請續答 G3b】** 
- 3. 無法評估

→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. 非計畫性體重增加
- 5. 不知道

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

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

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

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	<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【可複選】	
<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、氣切造廔口處理）	
<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 【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嗆咳
- 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

【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)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. 室外 _____
 - 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
- 2. 從不聯絡
- 3. 很少聯絡
- 4. 每個月至少 1 次
- 5. 每週至少 1 次
- 6. 每週至少連絡 2~3 次
- 7. 每天聯絡

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
- 2. 每年至少 1 次
- 3. 每六個月至少 1 次
- 4. 每三個月至少 1 次
- 5. 每一個月至少 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 H1 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

I.情緒及行為型態【本大題限主要照顧者回答】 若個案獨居無主要照顧者，請跳答 K8 題

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？
I01.遊走 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
I02.日夜顛倒/作息混亂 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
I03.語言攻擊行為 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
I04.肢體攻擊行為 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
I05.干擾行為 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
I06.抗拒照護 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
I07.妄想 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
I08.幻覺 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
I09.恐懼或焦慮 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？
I10.憂鬱及負性症狀 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
I11.自傷行為及自殺（包含意念及行為） 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
I12.重複行為 個案是否會重複無目的行為如開關衣櫃或抽屜、重覆的檢東西、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
I13.對物品的攻擊行為 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
I14.其他不適當以及不潔行為 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

- 若個案有下列情形，請依標示填答：
- 1.個案獨居無主要照顧者【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】

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】**

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？

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.個案不能一個人在家 | <input type="checkbox"/> 4.三小時～未滿六小時 |
| <input type="checkbox"/> 2.未滿一小時 | <input type="checkbox"/> 5.六小時～未滿九小時 |
| <input type="checkbox"/> 3.一小時～未滿三小時 | <input type="checkbox"/> 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？**

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.非常好 | <input type="checkbox"/> 2.很好 | <input type="checkbox"/> 3.好 |
| <input type="checkbox"/> 4.尚可 | <input type="checkbox"/> 5.不好 | <input type="checkbox"/> 6.非常不好 |

K6. 整體來說，您覺得您生活品質好不好？

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.非常好 | <input type="checkbox"/> 2.很好 | <input type="checkbox"/> 3.好 |
| <input type="checkbox"/> 4.尚可 | <input type="checkbox"/> 5.不好 | <input type="checkbox"/> 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 溝通與警報輔具

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.是否使用居家護理

1.否 2.是，服務需求_____次/月

PLAN-7.是否使用居家職能治療

1.否 2.是，服務需求_____次/年

PLAN-8.是否使用居家物理治療

1.否 2.是，服務需求_____次/年

PLAN-9.是否使用社區職能治療

1.否 2.是，服務需求_____次/年

PLAN-10.是否使用社區物理治療

1.否 2.是，服務需求_____次/年

PLAN-11.是否使用輔具購買、租借

1.否 2.是

PLAN-12.是否使用居家無障礙環境改善

1.否 2.是

PLAN-13.是否使用老人營養餐飲服務

1.否 2.是

PLAN-14.是否使用交通接送服務

1.否 2.是，服務需求_____趟/月

PLAN-15.是否使用機構服務

1.否 2.是【續答 PLAN-15-1】

PLAN-15-1. 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-16.是否使用失智症照顧服務 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.是否使用預防或延緩失能之服務 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