

附件 4、罕見疾病照護服務計畫需求評估紀錄單

【需求評估基本資訊】			
受訪者	<input type="checkbox"/> 1. 罕見疾病個案本人 <input type="checkbox"/> 2. 主要照顧者, 關係: _____ <input type="checkbox"/> 3. 他人, 關係: _____		
訪談日期	年 月 日		
評估人員			
訪談方式	<input type="checkbox"/> 1. 電話 <input type="checkbox"/> 2. 到宅訪視 <input type="checkbox"/> 3. 於就診時併同辦理 <input type="checkbox"/> 4. 其他: _____		
【罕見疾病個案個人基本資料】			
個案姓名		身分證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分別	1. <input type="checkbox"/> (1) 原住民 <input type="checkbox"/> (2) 新住民, 原生國籍: _____ <input type="checkbox"/> (3) 一般 2. <input type="checkbox"/> (1) 獨居 <input type="checkbox"/> (2) 單親家庭 <input type="checkbox"/> (3) 一般		
疾病名稱		診斷日期	
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 號 樓 市 市區 街 是否同意作為寄件使用? <input type="checkbox"/> (1) 是 / <input type="checkbox"/> (2) 否		
現居住地址	<input type="checkbox"/> 1. 同戶籍地址: <input type="checkbox"/> 2. 其他: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 段 路 巷 號 樓 市 市區 街 弄 是否同意作為寄件使用? <input type="checkbox"/> (1) 是 / <input type="checkbox"/> (2) 否		
聯絡電話		手機	
傳真		電子信箱	是否同意作為寄件使用? <input type="checkbox"/> (1) 是 / <input type="checkbox"/> (2) 否
職業	一、在職狀況: <input type="checkbox"/> 1. 學生 <input type="checkbox"/> 2. 無業 (<input type="checkbox"/> 健康因素 / <input type="checkbox"/> 其他因素) <input type="checkbox"/> 3. 家管 <input type="checkbox"/> 4. 退休 <input type="checkbox"/> 5. 自營 <input type="checkbox"/> 6. 受雇 <input type="checkbox"/> 7. 其他: _____ 二、職業類別: (勾選自營或受僱者) <input type="checkbox"/> 1. 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 2. 工礦 <input type="checkbox"/> 3. 商 <input type="checkbox"/> 4. 軍公教 <input type="checkbox"/> 5. 服務業 <input type="checkbox"/> 6. 自由業		
最近半年社會資源運用情形	<input type="checkbox"/> 1. 全民健康保險重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙手冊, 類別: _____ ; 等級: _____ ; 生活津貼等補助: <input type="checkbox"/> (1) 是 / <input type="checkbox"/> (2) 否 <input type="checkbox"/> 3. 發展遲緩兒童早期療育服務; 訓練費、交通費等補助: <input type="checkbox"/> (1) 是 / <input type="checkbox"/> (2) 否 <input type="checkbox"/> 4. 使用其他政府資源: _____ <input type="checkbox"/> 5. 民間單位補助: <input type="checkbox"/> (1) 否 / <input type="checkbox"/> (2) 是, 單位: _____		
家庭狀況	一、家庭經濟狀況 <input type="checkbox"/> 1. 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 一般戶 二、罕見疾病個案主要照顧者及照顧負荷 <input type="checkbox"/> 1. 無主要照顧者 <input type="checkbox"/> 2. 有主要照顧者 (性別: <input type="checkbox"/> (1) 男 / <input type="checkbox"/> (2) 女, 關係: _____, 年齡: 約 _____ 歲) (1) 每週照顧的天數: <input type="checkbox"/> a. 一天以內 <input type="checkbox"/> b. 二天 <input type="checkbox"/> c. 三天 <input type="checkbox"/> d. 四天以上 (2) 每天照顧時間: <input type="checkbox"/> a. 未滿二小時 <input type="checkbox"/> b. 二至未滿四小時 <input type="checkbox"/> c. 四至未滿八小時 <input type="checkbox"/> d. 八至未滿十二小時 <input type="checkbox"/> e. 十二至未滿十六小時 <input type="checkbox"/> f. 幾乎二十四小時		

	<p>(3) 是否需照顧其他家人：<input type="checkbox"/>1. 否/<input type="checkbox"/>2. 是：說明：</p> <p>(4) 家中是否有其他罕見疾病病人（不含個案）：<input type="checkbox"/>1. 否 <input type="checkbox"/>2. 是： 位</p> <p>三、 是否聘用個人看護：<input type="checkbox"/>1. 否/<input type="checkbox"/>2. 是：<input type="checkbox"/>1. 本國籍/<input type="checkbox"/>2. 外國籍</p>
<p>個案基本 狀況</p>	<p>一、主要治療醫院：_____；主治醫師：_____</p> <p>二、參加病友團體：_____（病友團體名稱）</p> <p>三、活動度：<input type="checkbox"/>1. 長期臥床<input type="checkbox"/>2. 可坐起<input type="checkbox"/>3. 輪椅使用<input type="checkbox"/>4. 可行走</p> <p>四、特殊處置：<input type="checkbox"/>1. 藥物：_____；<input type="checkbox"/>2. 飲食：_____； <input type="checkbox"/>3. 其他：_____</p> <p>五、接受復健治療：<input type="checkbox"/>1. 否/<input type="checkbox"/>2. 是：_____（復健機構名稱）</p> <p>六、使用輔具/管路：<input type="checkbox"/>1. 否/<input type="checkbox"/>2. 是：_____</p> <p>七、使用居家醫療照護器材：<input type="checkbox"/>1. 否/<input type="checkbox"/>2. 是：_____（居家醫療器材名稱）</p> <p>八、其他補述：_____</p>
<p>需求與開 案評估</p>	<p><input type="checkbox"/>1. 開案，需求類型(可複選)：<input type="checkbox"/>1. 告知疾病之影響：<input type="checkbox"/>2. 心理支持<input type="checkbox"/>3. 生育關懷<input type="checkbox"/>4. 照護諮詢</p> <p><input type="checkbox"/>2. 不開案（後續需至少每月1次電話追蹤，持續3個月）</p> <p><input type="checkbox"/>1. 無服務需求</p> <p><input type="checkbox"/>2. 需求非屬服務範圍，轉介：_____（轉介機構名稱）</p> <p><input type="checkbox"/>3. 每個月早、午、晚不同時段以電話聯繫，皆無法與案家聯繫達3個月</p> <p><input type="checkbox"/>4. 案主<input type="checkbox"/>出國/<input type="checkbox"/>死亡</p> <p><input type="checkbox"/>5. 其他：_____</p>
<p>服務建議</p>	<p>處理摘要：</p> <hr/> <p>下次處理目標及建議：</p> <hr/> <p>團隊討論摘要：</p> <hr/>

專案主管：

照護服務人員：

（經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應）