

# 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	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	
<p><b>E1</b></p> <p><b>吃飯</b></p> <p>(不包含自行準備食物、餐具或盛裝食物等)</p>	<p><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></p> <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> <p><input type="checkbox"/> <b>2.需要一些協助</b></p> <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> <p><input type="checkbox"/> <b>3.需完全協助 (完全依賴)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 由鼻胃管進食。</li> <li>◆ 只能嘴動，手不會舀，完全由他人餵食。</li> </ul>
<p><b>E2</b></p> <p><b>洗澡</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>1.能自行完成</b></p> <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> <p><input type="checkbox"/> <b>2.協助下完成</b></p> <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>
<p><b>E3</b></p> <p><b>個人修飾</b></p> <p>(包括自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子)</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>1.可自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子修飾</b></p> <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> <p><input type="checkbox"/> <b>2.需協助</b></p> <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	
<p><b>E4</b></p> <p><b>穿脫衣物</b> (包括穿脫衣、褲、鞋、襪)</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>1.自行穿脫衣褲及鞋襪</b></p> <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> <p><input type="checkbox"/> <b>2.需協助</b></p> <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> <p><input type="checkbox"/> <b>3.需完全協助(完全依賴)</b></p> <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>
<p><b>E5</b></p> <p><b>大便控制</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>1.無失禁(控)，或當便秘時，能自行用塞劑、甘油球</b></p> <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> <p><input type="checkbox"/> <b>2.偶爾失禁(控)，或當便秘時需協助用塞劑</b></p> <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> <p><input type="checkbox"/> <b>3.需完全協助(完全依賴)</b></p> <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	
<p><b>E6</b> 小便 控制</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>1.無失禁 (控)</b></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"/> <b>2.偶爾失禁 (控)</b></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"/> <b>3.需完全協助 (完全依賴)</b></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>
<p><b>E7</b> 上廁所</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>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)</b></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"/> <b>2.需協助整理衣物或使用衛生紙或需協助清理便盆 (尿壺)</b></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"/> <b>3.需完全協助 (完全依賴)</b></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	
<p><b>E8</b> 移位</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>1.可自行坐起，移至椅子或用輪椅</b></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"/> <b>2.移位時需少部分協助或提醒</b></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"/> <b>3.可自行坐起，離床需大部分協助</b></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"/> <b>4.需完全協助（完全依賴）</b> 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>
<p><b>E9</b> 走路</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>1.獨立走 50 公尺以上（可用輔具）</b></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"/> <b>2.需協助扶持走 50 公尺以上</b></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"/> <b>3.不能步行 50 公尺，但能操縱輪椅 50 公尺</b></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"/> <b>4.不能步行 50 公尺，且無法操縱輪椅</b></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	<input type="checkbox"/> 1.安全上下樓梯，可用扶手、拐杖 <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> <input type="checkbox"/> 2.需協助、監督或持續敦促 <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> <input type="checkbox"/> 3.無法上下樓 <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	
<p><b>F1</b> 使用電話</p>	<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 個案只能撥少於 5 組的常用電話。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>3.僅能接電話，但不能撥電話</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 只能接聽電話，並聽懂對方所說的內容。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>4.完全不能使用電話</p>
<p><b>F2</b> 購物</p>	<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 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。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>2.只能獨立購買日常生活用品</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 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）。</li> <li>◆ 購買較複雜的品項就需要有人陪。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>3.每一次購物都需要有人陪</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 個案只要有人陪伴，就可以完成購物。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>4.完全不能獨自購物</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 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。</li> </ul>
<p><b>F3</b> 備餐</p>	<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	
<p><b>F4</b> 處理家務</p>	<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>
<p><b>F5</b> 洗衣服</p>	<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"> <li>◆ 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。</li> </ul> <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"> <li>◆ 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）。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 所有衣服需完全由別人協助洗及晾曬。</li> </ul>
<p><b>F6</b> 外出</p>	<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	
<b>F7</b> 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</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> 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</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. 腕關節
<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 <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

【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】**

- 01.配偶或同居人
- 02.父親（含配偶或同居人的父親）
- 03.母親（含配偶或同居人的母親）
- 04.子女（含媳婿）
- 05.兄弟姐妹
- 06.（外）祖父母
- 07.（外）孫子女
- 08.其他親戚（僅包含曾祖父母、（外）曾孫子女、伯、叔、姑、舅、姨、甥、姪）
- 09.子女家輪流住
- 10.同儕朋友
- 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 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

**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？
<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？
<p><b>I10.憂鬱及負性症狀</b></p> <p>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。</p>	<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
<p><b>I11.自傷行為及自殺（包含意念及行為）</b></p> <p>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。</p>	<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
<p><b>I12.重複行為</b></p> <p>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）。</p>	<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
<p><b>I13.對物品的攻擊行為</b></p> <p>個案是否曾摔門、踢或破壞家具，或者縱火、破壞物品、丟東西？</p>	<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
<p><b>I14.其他不適當以及不潔行為</b></p> <p>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。</p>	<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？

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