**110年臺北市政府衛生局**

機構編號

**居家護理所督導考核書審資料冊**

**類別：緊急事件處理情形及感染管制**

**機構名稱：**

**機構地址：**

**連絡電話：**

**負 責 人：**

**填表日期：110 年 月 日**

目錄

[一、機構自填資料表 3](#_Toc78791673)

[二、機構自評表 8](#_Toc78791674)

[三、佐證資料 9](#_Toc78791675)

# 一、機構自填資料表

一、居家護理機構基本資料 填寫日期： 年 月 日

(一)機構名稱：

(二)地 址：

(三)電　　話： 傳真：

(四)機構負責人： E-MAIL： 手機：

(五)重要訊息聯絡人： E-MAIL： 手機：

(六)居家護理人員資料 (欄位不足請自行增加)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | a職稱（請填寫編號） | b學歷（請填寫編號） | 從事居家護理年資 | c近六個月平均月訪視量 | d養護機構個案佔比例 | e每月上班天數平均 | 109年接受長期照護相關訓練時數 | 110年1-6月接受長期照護相關訓練時數 |
| 機構內 | 機構外 | 機構內 | 機構外 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

a.職稱：1.護理長 2.全職居家護理師 3全職居家護士 4.兼職居家護理師5.兼職居家護士6.呼吸治療師7.其他（請註明職稱）

(全職護理人員：指負責居家護理相關業務；兼職護理人員除負責居家護理業務，另須兼其它業務，如預防接種、出院準備服務等)

b.學歷：請寫最高學歷，1.五專 2.二專 3.四技 4.二技 5.大學 6.研究所

（目前若尚在進修中，請在學歷旁附註(\*)號）

c.近六個月平均月訪視量：記算時應排除特殊情況，如產假

d.養護機構個案佔比例：機構個案數/總個案數

e.每月平均上班天數：兼職人員填寫平均每月執行居家護理訪視的天數

二、服務行政區：

□臺北市：□中正區、□松山區、□信義區、□大安區、□中山區、□大同區、

□萬華區、□文山區、□南港區、□內湖區、□士林區、□北投區

□新北市：□永和、□中和、□板橋、□三重、□新莊、□汐止、□新店、□土城、

□蘆洲、□淡水、□五股、□八里、□深坑、□石碇、□烏來、□三峽、

□泰山、□樹林、□鶯歌、□林口、□三芝、□萬里、□金山、□瑞芳、

□平溪、□雙溪、□貢寮、□坪林、□石門

□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(請詳述)

三、機構服務個案狀況：

(一)居家個案人數（不含機構）：

(二)機構個案：（欄位不足請自行增加）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 護理之家名稱 | 行政區別 | 服務人數 | 開始合作時間 | 醫療廢棄物 | 該機構評鑑等級 |
| 攜回項目 | 106年 | 107年 | 108年 | 109年 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 安養機構名稱 | 行政區別 | 服務人數 | 開始合作時間 | 醫療廢棄物 | 該機構評鑑等級 |
| 攜回項目 | 106年 | 107年 | 108年 | 109年 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(三)個案資源耗用群統計

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 類　別 | 第一類 | 第二類 | 第三類 | 第四類 |
| 個案數 |  |  |  |  |

四、機構協助社區及機構在職教育情形（以長期照護個案或機構為主）

|  |
| --- |
| 在職教育時數 |
| 在職教育或活動名稱 | 活動時間 | 參加人數（請註明機構名稱/參加人數） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# 二、機構自評表

# 三、佐證資料