**個案研討會書面報告表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **填表人:\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 個案來源之特約單位:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | **在兩家(含)以上的特約單位執行專業服務：**□**是、**□**否** | |
| 專業別 | □職能治療人員 □物理治療人員 □護理人員 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 基本資料 | | 性別 |  | 年齡 |  | 學歷 | □專科□大學□碩士□博士 |
| 請問您從事居家專業服務的經驗 | | | 請問您這一年來平均一個月的專業服務訪視次數 | | |
| □ 1年以下  □ 1-3年  □ 4-6年  □ 6年以上 | | | □ 0-5次以下  □ 6-10次以下  □ 11-20次  □ 20-30次  □ 30次以上 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **個案基本資料（請參見照顧管理評估量表A.）**  **ㄈ** | | | | | |
| 生理性別 | □1.男性 □2.女性 | 年齡 |  | CMS等級 |  |
| 婚姻狀況 | □1.離婚 □2.分居 □3.喪偶 □4.同居 □5.未婚 □6.已婚 | | | | |
| 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） | | | | |
| 身分別  （可複選） | □1.一般戶  □2.低收（請續填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 | | | | |
| 身心障礙手冊 | □無  □有（續填以下問題）  ICD診斷：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  障礙類別：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  障礙等級：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 使用專業服務前三個月內是否有明顯功能下降？ | □無  □有，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 復能訓練目標成效分析 | |  |
| 1 | 訓練目標：  達標：□是□否  請簡要分析成效達標/未達標原因： |
| 2 | 訓練目標：  達標：□是□否  請簡要分析成效達標/未達標原因： |
| 3 | 訓練目標：  達標：□是□否  請簡要分析成效達標/未達標原因： |
| 4 | 訓練目標：  達標：□是□否  請簡要分析成效達標/未達標原因： |
| 5 | 訓練目標：  達標：□是□否  請簡要分析成效達標/未達標原因： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **成效評估**  ＊若自復能結案後，至填表日目前尚未有複評，則複評不需填寫。  \*此部分為復能執行前須檢視及了解的內容，並不代表復能目標和成效評估僅能包含這些。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **個案日常活動功能量表(ADL)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADL | 日期 | | 進食 | | 洗澡 | | 個人  修飾 | 穿脫  衣物 | | 大便  控制 | | 小便控制 | | 如廁 | 移位 | 走路 | | 上下  樓梯 | | 總分 |
| 照管量表  (E) 初評 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| 復能初評 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| 復能結評 |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| 照管量表  (E)複評＊ |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| **個案工具性日常活動功能量表(IADL)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IADL | | 使用電話 | | 購物 | | 備餐 | | | 處理家務 | | 洗衣服 | | 服用藥物 | | 外出 | | 處理財務 | | 總分 | |
| 照管量表  (F)初評 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 復能初評 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 復能結評 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 照管量表  (F)複評＊ | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 請簡要分析以上成效指標的變化情形。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社會參與(**照顧管理評估量表**H2) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 個案與親朋好友多久會聯絡 1 次 | | | | | 個案目前是否有參與下列的活動？  (如婦女會、才藝班、教會、寺廟會團、農會、工會、政治性團體、志工或義工、民間團體辦理活動） | | | | | | 請問個案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？ | | | |
| 照管量表初評 | | □沒有親朋好友□從不聯絡  □很少聯絡□每個月至少1次  □每週1次□每週連絡2~3次  □每天聯絡 | | | | | □沒有 □每年至少1次  □每六個月至少1次□每三個月至少1次  □每一個月至少 1 次□每週至少 1 次 | | | | | | □不需要協助  □需要協助  說明: | | | |
| 照管量表複評＊ | | □沒有親朋好友□從不聯絡  □很少聯絡□每個月至少1次  □每週1次□每週連絡2~3次  □每天聯絡 | | | | | □沒有 □每年至少 1 次  □每六個月至少 1 次□每三個月至少1次  □每一個月至少 1 次□每週至少 1 次 | | | | | | □不需要協助  □需要協助  說明: | | | |
| 請簡要分析以上成效指標的變化情形。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主要照顧者基本資料（請參見照顧管理評估量表B. K.）**  以下照顧者之相關資料，主要是希望引導專業人員思考專業服務對於照顧者可能帶來的影響。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否有主要照顧者 | | | □01.無 □02.有（續填以下問題） | | | | | | | | | | | | | |
| 與個案之關係 | | | □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) | | | | | | | | | | | | | |
| 主要照顧者性別 | | |  | | | 主要照顧者年齡 | | |  | | | 是否與個案同住 | | | □01.無 □02.有 | |
| 照顧個案多久 | | | \_\_\_\_年\_\_\_\_月 | | | 目前有沒有工作 | | | □01.無 □02.有 | | | 是否有外籍看護 | | | □01.無 □02.有 | |
| 主要照顧者負荷(**照顧管理評估量表**J) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | J01.睡眠受到干擾 | | | J02.體力上的負荷 | | | | J03.需分配時間照顧其他家人 | | | J04.對個案的行為感到困擾 | | | 無法承受照顧壓力 | | |
| 照管量表初評 | □是 □否 | | | □是 □否 | | | | □是 □否 | | | □是 □否 | | | □是 □否 | | |
| 照管量表複評＊ | □是 □否 | | | □是 □否 | | | | □是 □否 | | | □是 □否 | | | □是 □否 | | |
| 主要照顧者工作與支持(**照顧管理評估量表**K) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 一天可將個案  單獨留置家中幾小時 | | | | 過去一個月的健康狀況 | | | | | 生活品質 | | | | | | 工作受影響結果 |
| 照管量表初評 | □個案不能一個人在家  □未滿一小時  □一小時～未滿三小時  □三小時～未滿六小時  □六小時～未滿九小時  □九小時以上 | | | | □1.非常好 □2.很好  □3.好 □4.尚可  □5.不好 □6.非常不好 | | | | | □1.非常好 □2.很好  □3.好 □4.尚可  □5.不好 □6.非常不好 | | | | | | 請敘述   * 無工作 |
| 照管量表複評＊ | □個案不能一個人在家  □未滿一小時  □一小時～未滿三小時  □三小時～未滿六小時  □六小時～未滿九小時  □九小時以上 | | | | □1.非常好 □2.很好  □3.好 □4.尚可  □5.不好 □6.非常不好 | | | | | □1.非常好 □2.很好  □3.好 □4.尚可  □5.不好 □6.非常不好 | | | | | | 請敘述  □無工作 |
| 請簡要分析以上成效指標的變化情形。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **跨專業溝通(縱向及橫向)紀錄** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 可提供截圖記錄或簡要描述溝通狀況（如溝通對象、事由）  建議思考方向  與個案的溝通紀錄  與家屬的溝通紀錄  與其他專業人員的溝通紀錄  與A個管師的溝通紀錄  與專員的溝通紀錄   * 其他：例如居服員或學校老師 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 請確認是否已檢附以下資料  □附件一  □書面審查表  □屏東縣專業服務成效評估紀錄（掃描）  □各次服務紀錄（掃描） | 以上個案是否為您自己的個案，  若非為自己個案，請提供個案之專業服務單位督導簽名  專業服務單位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  督導：＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |