**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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |