

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 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		
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>
個案基本狀況	<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、接受復健治療機構：<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>
需求與開案評估	<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"/>1.出國/<input type="checkbox"/>2.死亡</p> <p><input type="checkbox"/> (5)其他：_____</p>
服務建議	處理摘要：
	下次處理目標及建議：
	團隊討論摘要：

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）