

附件四 (一)

金門縣○○鎮(鄉)○○社區照顧關懷據點

關懷訪視-個案資料表

編號：

基本資料					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 台語
電話		出生	民國 (前) 年 月		<input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其它
身分證字號		信仰		個案來源	
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學	<input type="checkbox"/> 小高專	興趣專長	之前從事職業	
現住地址					
住屋狀況	<input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 臨時住屋 _____				
身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶老人 <input type="checkbox"/> 獨居老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 (輕、中、重、極重度) <input type="checkbox"/> 其他 _____				
經濟來源	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 子女奉養 <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
身體狀況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 眼部疾病 <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨與關節疾病 <input type="checkbox"/> 老化 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腸胃部 <input type="checkbox"/> 其他 _____				

活動型態	<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 部分自理 <input type="checkbox"/> 完全無法自理 <input type="checkbox"/> 完全無				
輔助器材	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 其他				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居				
聯絡人		關係		聯絡電話	
地址					
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 夫妻同住 <input type="checkbox"/> 女兒 _____ 人 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 子女居住外地 <input type="checkbox"/> 其他共同居住 _____ 人，關係 _____ <input type="checkbox"/> 獨居				
主觀問題陳述及希望提供的服務					
<input type="checkbox"/> 關懷問安 <input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 餐飲服務 <input type="checkbox"/> 健康促進活動 <input type="checkbox"/> 機構入住 <input type="checkbox"/> 轉介其他服務單位			<input type="checkbox"/> 失能輔具購置服務 <input type="checkbox"/> 老人緊急救援系統 <input type="checkbox"/> 老人假牙裝置補助 <input type="checkbox"/> 愛心手鍊申請 (失智) <input type="checkbox"/> 居家服務申請 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
補充陳述 (訪視員)					
填表人： _____ 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

附件四 (二)

金門縣 ○○ 鎮 (鄉) ○○ 社區照顧關懷據點
 關懷訪視 - 關懷訪視紀錄表

編號：

基	姓名		出生	民國 (前)	性別	<input type="checkbox"/>
	身分證		電話	年 月	別	男
				()	健保	<input type="checkbox"/>
					有	有

身 份 別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶老人 <input type="checkbox"/> 獨居老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙者(輕、中、重、極重度) <input type="checkbox"/> 其他_____				
常 用	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____				
婚 姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居				
同 住	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，共_____人(_____)				
現 住					
緊 急 聯 絡 人	姓名： 關係：	電話：	可 連	姓名： 關係：	電話：
住 宅	<input type="checkbox"/> 平房 <input type="checkbox"/> 二樓以上透天住家 <input type="checkbox"/> 公寓				

關 懷 訪 視	時 間	居 家 環 境	健 康 狀 況	就 醫 情 形	提 供 服 務	訪 視 者 簽 名
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ - <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ - <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ - <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ - <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ - <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他_____	