

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	☐ 男 ☐ 女	使用語言	☐ 國語 ☐ 台語 ☐ 客語 ☐ 其它
電 話		出生	民國(前) 年 月		
身分證 字號		信仰		個案來源	
教育程度	☐ 不識字 ☐ 小學 ☐ 國中 ☐ 高中/五專 ☐ 大學	興 趣 專 長		之前從事 職 業	
現住地址					
住屋狀況	☐ 自有住宅 ☐ 租賃 ☐ 借住 ☐ 臨時住屋_____				
身 分 別	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 一般戶老人 ☐ 獨居老人 ☐ 身心障礙者(輕、中、重、極重度) ☐ 其他_____				
經濟來源	☐ 無 ☐ 子女奉養 ☐ 政府補助_____ ☐ 其他_____				
身體狀況	☐ 健康 ☐ 眼部疾病 ☐ 腎臟疾病 ☐ 心臟病 ☐ 糖尿病 ☐ 骨與關節疾病 ☐ 老化 ☐ 肝臟疾病 ☐ 肺部疾病 ☐ 高血壓 ☐ 腸胃部 ☐ 其他_____				
活動型態	☐ 完全自理 ☐ 部分自理 ☐ 完全無法自理				
輔助器材	☐ 無 ☐ 助聽器 ☐ 輪椅 ☐ 助行器 ☐ 拐杖 ☐ 其他				
婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶 ☐ 分居				
聯 絡 人		關係		聯絡電話	
地 址					
家庭狀況	☐ 夫妻同住 ☐ 女兒_____人 ☐ 兒子_____人 ☐ 子女居住外地 ☐ 其他共同居住_____人，關係_____ ☐ 獨居				
主觀問題陳述及希望提供的服務					
☐ 關懷問安 ☐ 電話問安 ☐ 餐飲服務 ☐ 健康促進活動 ☐ 機構入住 ☐ 轉介其他服務單位			☐ 失能輔具購置服務_____ ☐ 老人緊急救援系統 ☐ 老人假牙裝置補助 ☐ 愛心手鍊申請(失智) ☐ 居家服務申請 ☐ 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 本 資 料	姓 名		出 生	民國（前） 年 月	性 別	☐ 男 ☐ 女
	身分證 字號		電 話	()	健 保	☐ 有 ☐ 無
	身 份 別	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 一般戶老人 ☐ 獨居老人 ☐ 身心障礙者（輕、中、重、極重度） ☐ 其他_____				
	常用語言	☐ 國語 ☐ 台語 ☐ 客語 ☐ 其他_____				
	婚姻狀況	☐ 已婚 ☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 喪偶 ☐ 分居 ☐ 其他				
	同 住 者	☐ 否 ☐ 是，共_____人（_____）				
	現住地址					
	緊急聯絡人	姓名： 關係：	電話：	可連絡 家屬	姓名： 關係：	電話：
	住宅情形	☐ 平房 ☐ 二樓以上透天住家 ☐ 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	☐ 整潔乾淨 ☐ 零亂 ☐ 骯髒 ☐ 其他_____	☐ 感冒症狀 ☐ 健康 ☐ 其他_____	☐ 就醫頻率_____天一次 ☐ 診所 _____ ☐ 就醫原因 _____ ☐ 其他 _____	☐ 陪同聊天 ☐ 量血壓 ☐ 整理居家環境 ☐ 其他 _____	
	月 日 時 分	☐ 整潔乾淨 ☐ 零亂 ☐ 骯髒 ☐ 其他_____	☐ 感冒症狀 ☐ 健康 ☐ 其他_____	☐ 就醫頻率_____天一次 ☐ 診所 _____ ☐ 就醫原因 _____ ☐ 其他 _____	☐ 陪同聊天 ☐ 量血壓 ☐ 整理居家環境 ☐ 其他 _____	
	月 日 時 分	☐ 整潔乾淨 ☐ 零亂 ☐ 骯髒 ☐ 其他_____	☐ 感冒症狀 ☐ 健康 ☐ 其他_____	☐ 就醫頻率_____天一次 ☐ 診所 _____ ☐ 就醫原因 _____ ☐ 其他 _____	☐ 陪同聊天 ☐ 量血壓 ☐ 整理居家環境 ☐ 其他 _____	
	月 日 時 分	☐ 整潔乾淨 ☐ 零亂 ☐ 骯髒 ☐ 其他_____	☐ 感冒症狀 ☐ 健康 ☐ 其他_____	☐ 就醫頻率_____天一次 ☐ 診所 _____ ☐ 就醫原因 _____ ☐ 其他 _____	☐ 陪同聊天 ☐ 量血壓 ☐ 整理居家環境 ☐ 其他 _____	