

附件十 (一)

金門縣○○鎮(鄉)○○社區照顧關懷據點
電話問安紀錄表

民國_____年_____月

個案案號:_____案主姓名:_____案主性別: 男

女

故有疾病:_____

請於 中勾選符合今日電話問安結果最適合的描述選項，可複選，

時間	接聽情形	口頭表達	健康情況	生活狀況	親友互動	精神狀況	總評	服務人員
日 時 時 分 分 共_分	<input type="checkbox"/> 親自接聽 <input type="checkbox"/> 親友接聽 <input type="checkbox"/> 無人接聽 <input type="checkbox"/> 電話故障 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 表達清晰 <input type="checkbox"/> 表達尚可 <input type="checkbox"/> 口語不清 <input type="checkbox"/> 無法表達 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 健康良好 <input type="checkbox"/> 稍有病痛 <input type="checkbox"/> 按時用藥 <input type="checkbox"/> 定期門診 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 三餐定時 <input type="checkbox"/> 餐不定時 <input type="checkbox"/> 參與活動 <input type="checkbox"/> 極少外出 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 常有互動 <input type="checkbox"/> 偶有互動 <input type="checkbox"/> 很少互動 <input type="checkbox"/> 從不互動 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 精神愉快 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 精神不佳 <input type="checkbox"/> 輕生念頭 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> _____	當日服務志工簽到
日 時 時 分 分 共_分	<input type="checkbox"/> 親自接聽 <input type="checkbox"/> 親友接聽 <input type="checkbox"/> 無人接聽 <input type="checkbox"/> 電話故障 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 表達清晰 <input type="checkbox"/> 表達尚可 <input type="checkbox"/> 口語不清 <input type="checkbox"/> 無法表達 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 健康良好 <input type="checkbox"/> 稍有病痛 <input type="checkbox"/> 按時用藥 <input type="checkbox"/> 定期門診 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 三餐定時 <input type="checkbox"/> 餐不定時 <input type="checkbox"/> 參與活動 <input type="checkbox"/> 極少外出 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 常有互動 <input type="checkbox"/> 偶有互動 <input type="checkbox"/> 很少互動 <input type="checkbox"/> 從不互動 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 精神愉快 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 精神不佳 <input type="checkbox"/> 輕生念頭 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> _____	
日 時 時 分 分 共_分	<input type="checkbox"/> 親自接聽 <input type="checkbox"/> 親友接聽 <input type="checkbox"/> 無人接聽 <input type="checkbox"/> 電話故障 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 表達清晰 <input type="checkbox"/> 表達尚可 <input type="checkbox"/> 口語不清 <input type="checkbox"/> 無法表達 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 健康良好 <input type="checkbox"/> 稍有病痛 <input type="checkbox"/> 按時用藥 <input type="checkbox"/> 定期門診 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 三餐定時 <input type="checkbox"/> 餐不定時 <input type="checkbox"/> 參與活動 <input type="checkbox"/> 極少外出 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 常有互動 <input type="checkbox"/> 偶有互動 <input type="checkbox"/> 很少互動 <input type="checkbox"/> 從不互動 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 精神愉快 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 精神不佳 <input type="checkbox"/> 輕生念頭 <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不好 <input type="checkbox"/> _____	
日	<input type="checkbox"/> 親自接聽	<input type="checkbox"/> 表達	<input type="checkbox"/> 健康良好	<input type="checkbox"/> 三餐定時	<input type="checkbox"/> 常有	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 好	

<p>時 時 分 分 共 — 分</p>	<p>聽 <input type="checkbox"/>親友接 聽 <input type="checkbox"/>無人接 聽 <input type="checkbox"/>電話故 障 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p>清晰 <input type="checkbox"/>表達 尚可 <input type="checkbox"/>口語 不清 <input type="checkbox"/>無法 表達 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p>好 <input type="checkbox"/>稍有病 痛 <input type="checkbox"/>按時用 藥 <input type="checkbox"/>定期門 診 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p>時 <input type="checkbox"/>餐不定 時 <input type="checkbox"/>參與活 動 <input type="checkbox"/>極少外 出 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p>互動 <input type="checkbox"/>偶有 互動 <input type="checkbox"/>很少 互動 <input type="checkbox"/>從不 互動 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p>愉快 <input type="checkbox"/>尚可 <input type="checkbox"/>精神 不佳 <input type="checkbox"/>輕生 念頭 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p><input type="checkbox"/>尚 可 <input type="checkbox"/>不 好 <input type="checkbox"/>__ __</p>	
<p>日 時 時 分 分 共 — 分</p>	<p><input type="checkbox"/>親自接 聽 <input type="checkbox"/>親友接 聽 <input type="checkbox"/>無人接 聽 <input type="checkbox"/>電話故 障 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p><input type="checkbox"/>表達 清晰 <input type="checkbox"/>表達 尚可 <input type="checkbox"/>口語 不清 <input type="checkbox"/>無法 表達 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p><input type="checkbox"/>健康良 好 <input type="checkbox"/>稍有病 痛 <input type="checkbox"/>按時用 藥 <input type="checkbox"/>定期門 診 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p><input type="checkbox"/>三餐定 時 <input type="checkbox"/>餐不定 時 <input type="checkbox"/>參與活 動 <input type="checkbox"/>極少外 出 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p><input type="checkbox"/>常有 互動 <input type="checkbox"/>偶有 互動 <input type="checkbox"/>很少 互動 <input type="checkbox"/>從不 互動 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p><input type="checkbox"/>精神 愉快 <input type="checkbox"/>尚可 <input type="checkbox"/>精神 不佳 <input type="checkbox"/>輕生 念頭 <input type="checkbox"/>_____</p>	<p><input type="checkbox"/>好 <input type="checkbox"/>尚 可 <input type="checkbox"/>不 好 <input type="checkbox"/>__ __</p>	
<p>合 計</p>	<p>共 _____ 次；_____ 小時 _____ 分</p>							

附件十 (二)

金門縣○○鎮(鄉)○○社區照顧關懷據點

電話問安—特殊個案紀錄表

_____月份電話問安紀錄表

日期	案主姓名: _____ 特殊狀況描述	
日	案主陳述之特殊狀況	
	問安人員提供之資訊或處境	
	督導評語	
		簽名: _____
日	案主陳述之特殊狀況	
	問安人員提供之資訊或處境	
	督導評語	
		簽名: _____
日	案主陳述之特殊狀況	
	問安人員提供之資訊或處境	
	督導評語	
		簽名: _____
日	案主陳述之特殊狀況	
	問安人員提供之資訊或處境	
	督導評語	
		簽名: _____
日	案主陳述之特殊狀況	
	問安人員提供之資訊或處境	
	督導評語	
		簽名: _____
特殊處境事項	<input type="checkbox"/> 居家訪視評估 <input type="checkbox"/> 轉介其他服務單位 _____ <input type="checkbox"/> 提供相關服務訊息: _____ <input type="checkbox"/> 其他處境計畫: _____	