**【創造記憶~輕度失智者與照顧者互動團體 報名表】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名** |  | | 出生 | | 年 月 日 | | | | 性別 | | □男  □女 | |
| 身分證字號 |  | | | | | 病歷號 | |  | | | | |
| 教育程度 | □不識字 □識字 □小學 □初中 □高中(職)  □大專 □研究所以上 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 主要語言 | □國語 □台語  □客語 □其他: | | | | | 宗教信仰 | | □無 □佛教□基督教□天主教  □一貫道□民間信仰 □其他: | | | | |
| 過去職業 |  | | | | | 興趣 | |  | | | | |
| 健康狀況 | 失智診斷 | 1.失智程度：□輕度□中度□重度  2.身心障礙證明申請：□未鑑定□鑑定中□有，□輕 □中□重度  3.重大傷病：□有□無 | | | | | | | | | | |
| 附註 | 須經治療師評估是否適合參加團體課程，如不適合參加，將再協助轉介其他資源 | | | | | | | | | | |
| 目前居住狀況 | □與配偶同住　 □與固定子女同住　 □與子女輪住  □與親友同住　 □獨居　 □安養機構 　□其他： | | | | | | | | | | | |
| **家屬姓名** |  | | | 出生 | | | 年 月 日 | | | 性別 | | □男  □女 |
| 身分證字號 |  | | | | | | 與患者關係 | | |  | | |
| 教育程度 | □不識字 □識字 □小學  □初中 □高中(職) □大專  □研究所以上 □其他 | | | | | | 過去職業 | | |  | | |
| 照顧經驗 |  | | | | | | | | | | | |
| 是否有照顧的困難 |  | | | | | | | | | | | |
| 對團體的期待 |  | | | | | | | | | | | |