**【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 |  |