**臺北市家庭照顧者支持中心個案服務轉介單 107年11月22日製**

**108年09月19日修**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、照顧者基本資料** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 出生年/月/日 |  | 性別 | □男 □女 | |
| 連絡電話 | 電話：  手機： | | | 慣用語言 | □國語□台語□客語□其他 | | | |
| 福利身分 | □無 □低收入戶  □中低收入戶  □榮民身份 | | | 工作狀況 | □未就業□兼職工作□全職工作□退休□因照顧而轉兼職 □因照顧而離職  □因照顧而提前退休□其他 | | | |
| 方便聯絡時間 |  | | | 照顧時間 | 自民國 年起 | | | |
| 與被照顧者關係 |  | | | 居住地址 |  | | | |
| **二、被照顧者基本資料** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 出生年/月/日 |  | 性別 | □男 □女 | |
| 福利身分 | □無 □低收入戶  □中低收入戶  □榮民身份 | | | 身心障礙手冊 | □無 □有，第\_\_\_\_\_類  （程度：輕/中/重/極重) | | | |
| 長照個案與否 | □否 □是，第\_\_\_級 | | | |
| 三、**案家資源概況（含服務使用狀況、現有及潛在資源）** | | | | | | | | |
| **四、照顧者與被照顧者概況** | | | | | | | | |
| **(一)關係** □親密 □疏離 □衝突 □不瞭解 （可附上家系圖） | | | | | | | | |
| **(二)問題描述**（含轉介原因） | | | | | | | | |
| **(三)疾病或健康狀況**  1.照顧者（案主）：  2.被照顧者： | | | | | | | | |
| **(四)照顧者需求** | | □照顧技巧訓練課程 □居家照顧技巧指導 □紓壓活動 □支持團體  □心理協談 □臨時替代服務 □志工電話關懷 □法律議題諮詢  □移工到宅訓練 □照顧實務指導員服務 □家庭照顧協議 □其他 | | | | | | |
| **五、評估（高風險家庭照顧者初篩指標）** | | | | | | | | |
| 風險指標 | | | 定義 | | | | | 勾選 |
| 1. 照顧者有自殺意念 | | | 照顧者過去曾有自殺紀錄，或曾在言語間表達自殺或同歸於盡的念頭 | | | | |  |
| 1. 照顧者有急性醫療需求 | | | 照顧者受傷、開刀，或有住院治療需求者等 | | | | |  |
| 1. 照顧者本身是病人 | | | 1. 照顧者持有身心障礙證明者 2. 照顧者領有重大傷病卡(含癌症) 3. 照顧者(曾)罹患骨骼系統疾病致使照顧能力受限者 | | | | |  |
| 1. 照顧者為精神疾病患者或疑似有精神功能障礙者 | | | 照顧者自述為精神疾病患者，或領有身心障礙證明；或經社工觀察評估有精神功能異常或障礙者 | | | | |  |
| 1. 被照顧精神疾病患者 | | | 被照顧者已經醫師確診之精神疾病患者 | | | | |  |
| 1. 需照顧2人以上 | | | 同時須照顧兩位符合長期照顧或身心障礙條件，生活無法自理的家人 | | | | |  |
| 1. 年紀大的照顧者 | | | 照顧者年紀大於65歲者 | | | | |  |
| 1. 有家暴情事 | | | 照顧者自述是家庭暴力的施暴者或受暴者，或有暴力意念，不論有無列入正式通報紀錄 | | | | |  |
| 1. 沒有照顧替手 | | | 負擔每周20小時以上主要照顧工作，無其他家人、親友等可以協助者 | | | | |  |
| 10.照顧失智症者 | | | 被照顧者已經醫師確診之失智症患者 | | | | |  |
| 11.申請政府資源但不符資格 | | | 想申請政府資源，例如救助身份、長照服務等，但不符資格，無法取得相關資源 | | | | |  |
| 12.外籍看護工空窗期 | | | 因外籍看護工逃跑、請假或轉換雇主等因素，致突發性照顧人手短缺者 | | | | |  |
| 13.男性照顧者 | | |  | | | | |  |
| 說明：只要符合上述指標中的任一項，即為「高風險家庭照顧者」，照顧者願意接受服務即可轉介予家庭照顧者支持中心；照顧者若不願意接受服務，則依照顧者意願為主。 | | | | | | | | |
| **六、可供評估參考之附件：1.**  **2.** | | | | | | | | |
| 填表單位： 日期： 年 月 日  填表者/轉介者： 電話： 傳真： | | | | | | | | |
| 受轉介單位：臺北市東/西/南/北區家庭照顧者支持中心（可直接圈選）  處理情形：□開案：  □不開案：  回覆人員簽名： 年 月 日 | | | | | | | | |