

# 臺北市長期照顧管理中心個案服務初篩表/轉介單

1050310 七版  
1060705 八版  
1060926 九版

## 一、個案基本資料：

個案姓名		身分證字號		電話		生日	民國	年	月	日	性別	
聯絡人		與個案關係		聯絡人電話		手機						
經濟狀況				管路	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 造瘻 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障別：_____, 程度：_____)			壓傷	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：_____, 等級：_____, 大小：_____cm <sup>2</sup> )							
居住地址	市	區	里	鄰	路	段	巷	弄	號	樓		
戶籍地址	市	區	里	鄰	路	段	巷	弄	號	樓		
居住狀況	<input type="checkbox"/> 非獨居 <input type="checkbox"/> 獨居 ( <input type="checkbox"/> 社會局列冊管理個案 <input type="checkbox"/> 否)											
看護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 本籍 _____ 小時/天 <input type="checkbox"/> 外籍 _____ 人)											
疾病狀況	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 癌症：_____											
	<input type="checkbox"/> 其他：_____											

## 二、欲申請服務之種類：(可複選) \*本項服務申請端視個案所屬轄區之服務據點是否建置完備且開放收案。

<input type="checkbox"/> 照顧服務 ( <input type="checkbox"/> 居家服務、 <input type="checkbox"/> 日間照顧、 <input type="checkbox"/> 家庭托顧)	<input type="checkbox"/> 喘息服務 ( <input type="checkbox"/> 居家、 <input type="checkbox"/> 機構)	<input type="checkbox"/> 居家護理	<input type="checkbox"/> 居家營養
<input type="checkbox"/> 小規模多機能 ( <input type="checkbox"/> 居家服務、 <input type="checkbox"/> 日間照顧、 <input type="checkbox"/> 夜宿)	<input type="checkbox"/> 交通接送服務	<input type="checkbox"/> 居家吞嚥	<input type="checkbox"/> 居家物理
<input type="checkbox"/> 輔具購買及住宅無障礙環境改善服務	<input type="checkbox"/> 老人餐飲服務	<input type="checkbox"/> 居家呼吸	<input type="checkbox"/> 居家醫師
<input type="checkbox"/> 失智共照(*)	<input type="checkbox"/> 預防及延緩失能照護(*)	<input type="checkbox"/> 社區整體照顧模式(*)	<input type="checkbox"/> 其他：_____

案主(家)主要問題及需求

<b>三、ADL 失能項目評估：</b>	<b>四、長者衰弱評估</b>
1. 吃飯 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	<b>體重減輕</b> 非刻意減重狀況下，過去一年體重減少 5%以上(先問個案體重和一年前相較差不多還是減少，再問少幾公斤) <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分)
2. 洗澡 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	
3. 個人修飾 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	<b>下肢功能</b> 可以在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次 <input type="checkbox"/> 是 (0分) <input type="checkbox"/> 否 (1分)
4. 穿脫衣物 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	<b>精力降低</b> 過去一週內，是否經常覺得提不起勁來做事?(一個禮拜有三天以上) <input type="checkbox"/> 是 (1分) <input type="checkbox"/> 否 (0分)
5. 大便控制 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	
6. 小便控制 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	<b>五、IADL 失能項目評估</b>

7. 上廁所 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	1. 使用電話 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	5. 洗衣服 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	
8. 移位 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	2. 購物 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	6. 外出 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	
9. 走路 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	3. 備餐 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	7. 服用藥物 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	
10. 上下樓梯 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	4. 處理家務 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	8. 處理財務能力 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助	

## 六、照顧者評估、出入院情形：

1. 是否有照顧者 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ( <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 無固定)	2. 是否 1 週內剛出院 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	3. 是否住院中 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (醫院 _____ 床位 _____)
---	---	--

填表單位： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 填表者/轉介者： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ 傳真： \_\_\_\_\_

	臺北市長期照顧管理中心/ _____ 區服務站 照管專員： _____ 電話： _____		
接案單位填寫	接案	核定日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 補助身份： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 1.5 倍以下中低收 <input type="checkbox"/> 1.5~2.5 倍中低收 <input type="checkbox"/> 非列冊殘補 <input type="checkbox"/> 一般戶 核定服務項目： <input type="checkbox"/> 照顧服務 ( <input type="checkbox"/> 居家服務、 <input type="checkbox"/> 日照、 <input type="checkbox"/> 家托) <input type="checkbox"/> 喘息服務 ( <input type="checkbox"/> 居家、 <input type="checkbox"/> 機構) <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 居家營養 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 交通接送服務 <input type="checkbox"/> 居家吞嚥 <input type="checkbox"/> 居家物理 <input type="checkbox"/> 居家職能 <input type="checkbox"/> 輔具購買及住宅無障礙環境改善服務 <input type="checkbox"/> 老人餐飲服務 <input type="checkbox"/> 居家呼吸 <input type="checkbox"/> 居家醫師 <input type="checkbox"/> 機構安置 <input type="checkbox"/> 失智共照(*) <input type="checkbox"/> 預防及延緩失能照護(*) <input type="checkbox"/> 社區整體照顧模式(*) <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	不接案	原因： <input type="checkbox"/> 非失能者 <input type="checkbox"/> 已雇用外籍看護，僅申請照顧服務或喘息服務 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
	備註	_____	

## 臺北市長期照顧管理中心個案服務初篩表填表說明

一、個案基本資料：依照個案實際基本資料作填寫。

●經濟狀況：指一般戶、1.5-2.5 倍中低收入戶、非列冊低收入身心障礙者生活補助、1.5 倍中低收入戶、中低收入戶、低收入戶等。

●獨居-社會局列冊管理個案：指社會局相關單位（老人服務中心、社會福利中心等）將個案列冊獨居，提供必要之協助。

二、●欲申請服務之種類：勾選目前長照十年計畫 2.0 個案所需之服務項目

●案主（家）主要問題及需求：描述案主（家）申請服務需求之問題及狀況，包括生心理狀況、照顧者或被照顧者之情況等等

三、ADL、IADL 失能及長者衰弱項目皆需評估

●衰弱定義：長者衰弱項目 2 分以上且 IADL 項目任 1 項以上需協助。

四、篩選結果：

●接案：符合照管中心訪視評估

照會 \_\_\_\_\_ 區服務站：

服務站	行政區
南區	大安、松山、文山
東區	信義、南港、內湖
北區	士林、北投
西區	萬華、中正
中區	大同、中山

五、填表單位：指填寫初篩表之單位及其聯繫方式

六、處理回覆：受理案件單位之處理情形並回覆原轉介單位