

臺北市政府衛生局

111年臺北市失智症個案管理關懷服務計畫

壹、背景說明：

人口快速老化，根據內政部統計，本市至110年9月底統計，臺北市總人口數254萬4,720人，65歲以上人口為50萬2,685人，占率19.75%，為全國第二高順位，僅次於全國第一順位嘉義縣(占率20.95%)。隨著人口老化，失智人口明顯增加，推估2031年失智人口將倍增至逾46萬人，屆時每100位臺灣人有超過2位失智者；2061年失智人口將逾85萬人，即每100位臺灣人有超過5位失智者，未來的40年，臺灣失智人口數將以平均每天增加36人的速度成長。而臺北市的失智長者亦從2011年的16,000多人成長到2021年的23,000多人，推估2051年臺北市之失智人口將達到12萬人。

失智者受疾病影響在記憶力、人時地定向感、判斷力、計算及抽象思考能力出現退化，患者處理日常生活事務的能力、長期經營的家庭與社區關係皆遭到疾病無情地破壞，使得疾病影響層面不只是個人，周圍的親友常一起捲入失智症帶來的混亂中，產生極大的困擾。

爰此，本局自104年6月推動個案管理關懷服務計畫，提供電話服務及家庭訪視。結合個案關懷與個案防走失策略，經由「失智症篩檢及確診個案需求評估計畫」之合約醫院提供服務，整合失智症個案及家庭照顧者就近取得之防走失資源並使用服務，以獲得適切及妥善之保護，改善生活品質減輕照護負擔與壓力。111年將持續針對失智者個案，提供個案確診後之個案關懷服務。

貳、計畫目標：

- 一、提昇失智症患者及照顧者照護及生活品質。
- 二、持續辦理個案回診之門診諮詢服務、電話訪視或居家訪視等服務，使醫療資源持續介入，有效掌握個案病程發展。
- 三、推動失智症社區照護網絡模式推廣，結合社區及醫療院所資源，將個案可轉介院內或失智共照中心失智社區服務據點等，建立失智症支持網絡。
- 四、提供新確診個案立即可取得之防走失資源，以利個案走失時可有效率協尋，降低個案危險。

參、計畫執行內容：

一、委託單位：經中央衛生主管機關評鑑等級合格以上且開設神經科、精神科之醫院。

二、服務對象：居住於臺北市（下稱本市）65歲以上(含)已確診之失智症個案。

三、辦理事項：

(一)辦理失智症個案服務管理：

1. 透過與本局簽訂合約之療院所，經個案或其家屬簽訂收案同意書（附件 1），請醫院協助個案完成個案管理紀錄表(附件 2)，並將資料鍵入本局失智症個案管理系統，按月填寫「關懷服務清冊成果月報表」（附件 3），後續依個案居住地，評估所需照顧支援及資源並轉介失智共照中心或失智服務據點等。當失智共照中心收案後即必須在本計畫結案，避免資源重複使用。

2. 本計畫預計服務人數為 1,000 人，每案費用新臺幣（以下同）800 元，總計 80 萬元整。另，為利本局走失協尋系統推動，完成本局失智症個案管理系統人臉圖資建立之個案，預計完成建置 130 人，每案費用 500 元，總計 6 萬 5,000 元整。

(二)辦理失智症門診諮詢服務：

1. 依不同失智程度之個案服務需求，於個案就診時協助個案回診及照顧者獲得使用適當服務，完成填寫「個案服務紀錄單」（附件 1-1）及「關懷服務清冊成果月報表」（附件 3）並將資料鍵入本局失智症個案管理系統。

2. 本計畫預計服務 900 人次，每案費用 200 元，總計 18 萬元整。

(三)辦理失智症電話訪視服務：

1. 依不同失智程度之個案服務需求，利用電話訪視協助個案及照顧者獲得使用適當諮詢服務，完成填寫「個案服務紀錄單」（附件 1-及「關懷服務清冊成果月報表」（附件 3）並將資料鍵入本局失智症個案管理系統。

2. 為考量民眾使用服務之可近性並避免資源重複配

置，本服務內容不得與衛生福利部 110 年度失智照護服務相關計畫重複申領為原則。

3. 本計畫預計服務 895 人次，每案費用 200 元，總計新臺幣 19 萬 9,000 元整。

(四)辦理失智症居家訪視服務：

1. 當個案有急性症狀、獨自在家且無照顧者陪同就醫或不良於行且有實際訪視其用藥評估等以上需求時，經個案同意個案管理師至家中提供相關服務，協助個案及照顧者獲得支援，完成填寫「個案家訪服務紀錄單」(附件 1-2)及「關懷服務清冊成果月報表」(附件 3) 並將資料鍵入本局本局失智症個案管理系統。
2. 本計畫僅補助個案管理師提供居家訪視服務，如非藥物治療、諮商輔導及照顧技巧等內容，若有醫師提供醫療服務，請依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」規定辦理，不得與本計畫重複申領。
3. 預計服務人數為 230 人次，每案費用 1,200 元，總計新臺幣 27 萬 7,6000 元整。

四、除前述規定外，尚需配合以下規定：

- (一)設立失智症醫療服務窗口，以提供失智症個案相關諮詢與服務。
- (二)最遲於次月 10 日(如遇假日應提前 1 日)前，將申報各項費用所需資料表送達本局。
- (三)每月申報以前 1 個月完成本局失智症個案管理系統登錄者為限。
- (四)個案請確實登錄詳實基本資料，並確實查核個案之身分證明資料，始得申請本費用。
- (五)為配合機關年度結算，申請當年 11 月份之費用，廠商最遲於當年 12 月 3 日前寄達相關文件予機關辦理驗收，俟機關驗收合格，廠商應於當年 12 月 20 日前函送付款資料，以利機關結算付款。

- 五、申請本計畫費用之失智症醫療機構，需配合本局每年度舉辦之不定期抽查，以提升本市失智症醫療服務品質。評估醫院應採用標準化診斷工具。

- 六、 為避免發生虛報、浮報費用之問題，將於每年度不定期抽查申報費用之相關證明文件或病歷紀錄，並經查核若有申報不實之情形，本局得於下 1 個月請領款項中，直接核扣該筆已核撥金額乘以 10 倍之罰款，或行文追討該筆已核撥金額乘以 10 倍之罰款。
- 七、 其他：
 - (一) 本合約醫院係為本局委託職務，適用行政程序法與個人資料保護法。
 - (二) 本補助經費使用可相互支應，各院得依院內實際狀況辦理申報補助。
 - (三) 其他本局要求配合事項。
 - (四) 臺北市失智症個案管理關懷服務流程詳如圖 1。
 - (五) 臺北市失智症個案管理關懷服務核付流程詳如圖 2。

圖 1. 臺北市失智症個案管理關懷服務流程圖。

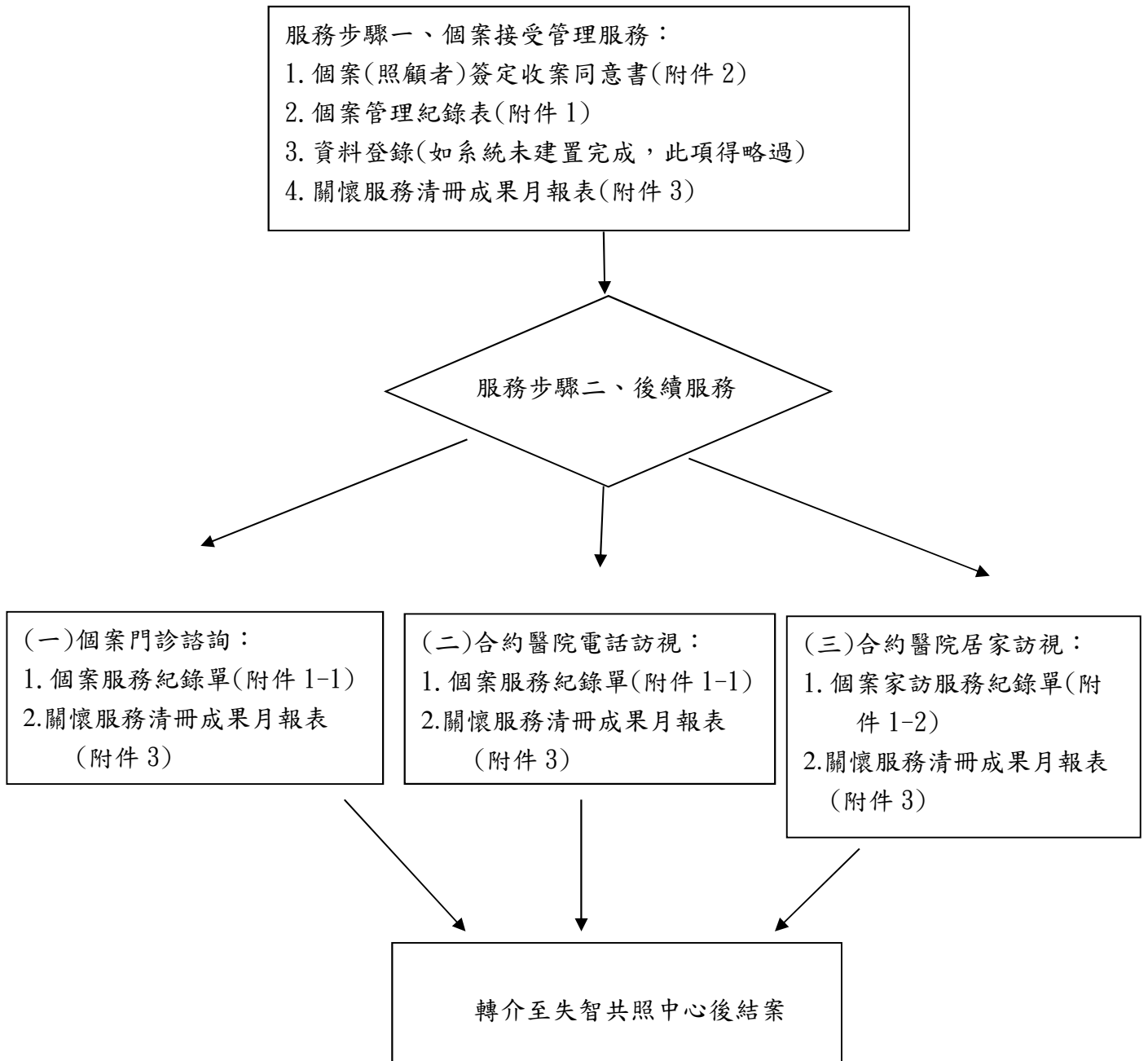
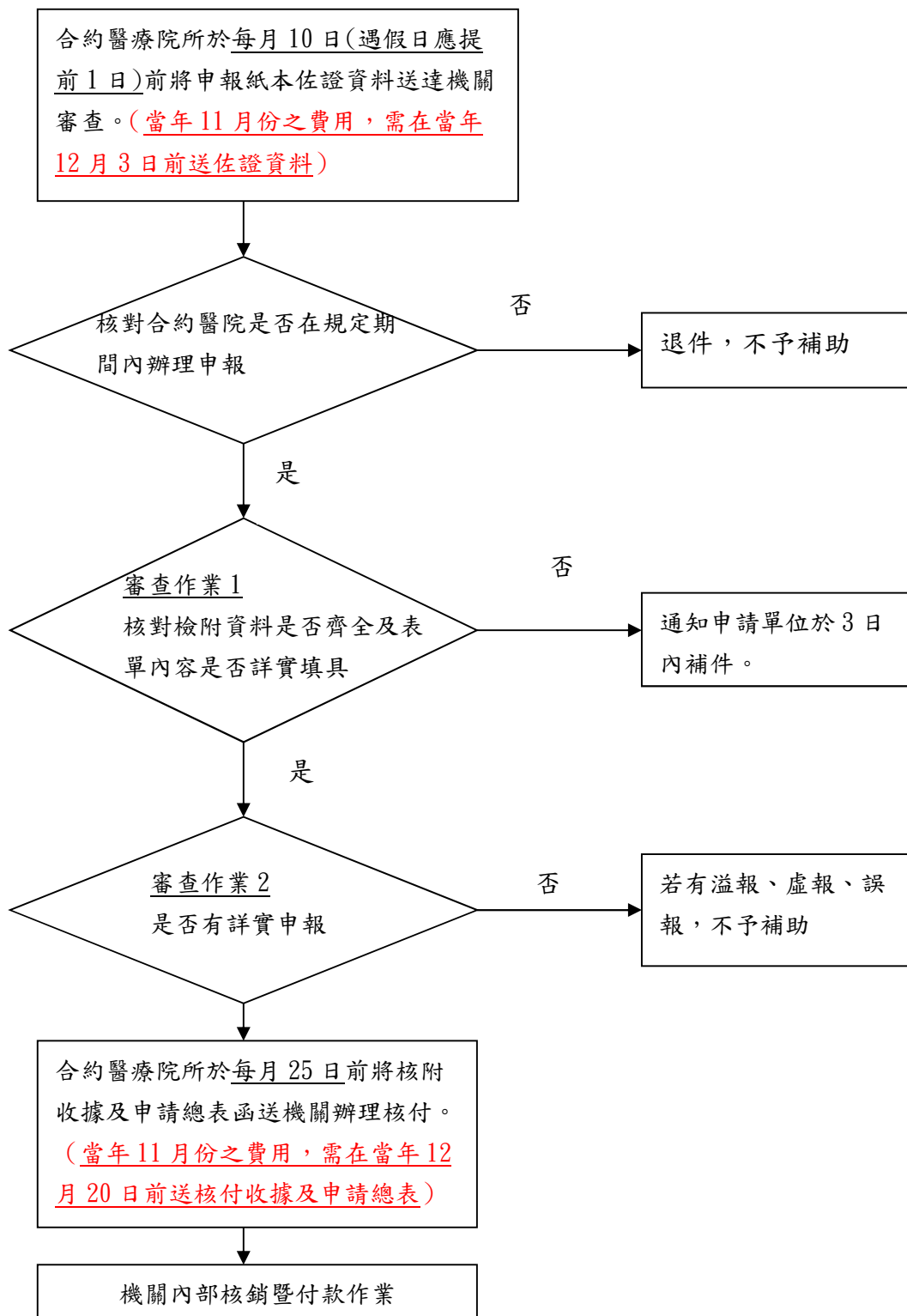


圖 2. 臺北市失智症個案管理關懷服務核付流程圖



肆、預算金額：150萬元整，本案經費共計新臺幣150萬元整，各項經費編列說明如下：

實際供應數量支付	總計		1,500,000	
項目	數量	單位	單價(元)	複價(元)
一、個案服務管理費	1,000	人	800	800,000
二、人臉圖資建立	130	人	500	65,000
三、後續服務： (一)門診諮詢費	900	人次	200	180,000
三、後續服務： (二)電話訪視費	895	人次	200	179,000
三、後續服務： (三)居家訪視費	230	人次	1,200	276,000
備註：實際供應數量支付項次之總經費不變下，得依實際狀況互相勻支。				

伍、計畫期程

111年1月1日起(如逾1月1日則以奉核日為準)至110年12月31日止、或預算上限金額150萬元整用罄止，任一條件先屆者為準。

工作計畫及內容	111年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
辦理失智症個案管理關懷服務												
辦理失智症合約醫療機構抽查												
按月核銷經費												

陸、計畫給付相關規定：

評核與管理機制：提供失智症個案管理服務、門診諮詢服務、電話訪視服務及居家訪視服務者皆須列冊，本計畫之服務資料需鍵入本局指定系統，後續系統可穩定操作，俟本局通知可免附紙本相關資料。

定期繳交關懷服務清冊成果月報表予本局(附件3)。

柒、 預期效益

- 一、失智症個案能儘早取得失智症醫療介入，延緩病情發展之情形。
- 二、失智症個案經由個案服務，可即時獲得多元照護服務資源。
- 三、計畫奉核後實施，修正亦同。

臺北市政府衛生局失智症個案管理關懷服務計畫 【收案同意書】

您好：

臺北市政府衛生局（以下簡稱本局）委託_____醫院執行「111 年度失智症個案管理關懷服務計畫」，為瞭解照顧失智症長者及家屬，對提升臺北市失智症照護之成效，以作為本局規劃失智症照護政策之參考依據。

若您同意參與本計畫並提供姓名、電話、行動電話、現居地址與電子信箱等 5 項資料予本計畫進行服務，您所提供的資料將依據個人資料保護法規定辦理，絕對不會影響您的就醫權益及個人隱私。

誠摯地邀請您與我們為長輩的醫療服務資源情形把關，若您不同意參與本計畫，絕不會影響您日後於醫療院所接受的照顧服務。我們工作團隊將竭盡所能，提供您最佳的諮詢服務。

祝福您

闔家平安健康

臺北市政府衛生局 關心您

請勾選您是否同意將姓名、電話、行動電話、現居地址與電子信箱等 5 項資料提供予本計畫

同意：接受家庭訪視、接受電話服務或問卷調查

不同意，理由：_____

我已經閱讀並瞭解上述資訊，同意參與計畫並接受家庭訪視或電話服務或問卷調查。

姓名：_____（簽名） 日期：_____

通訊地址：_____

電話（家）：_____ 行動電話：_____

電子信箱：_____

個案管理師簽名：_____ 110 年 月 日

本計畫服務結束後，接續失智共同照護中心服務，請填下一頁。

臺北市 _____ 失智共同照護中心
個案服務管理申請書

失智照護服務除了失智共同照護中心團隊人員的專業，更需要個案、家屬及照顧者的配合與意願，才能使照護服務發揮到最大的效益。為了順利提供照護服務，請您詳讀以下相關事項：

一、失智共同照護中心提供之個案管理服務，包含協調個案及照顧者需要之照顧服務使用、轉介及追蹤，並依照不同階段所需之生活照顧與醫療照護提供諮詢服務。本人 _____ (個案或家屬) 同意 _____ (個案) 自申請日起一年內接受個案管理服務，包含：

- (一) 協調與轉介相關之醫療及照顧服務資源；
- (二) 諮詢服務：除本人依照需求去電諮詢失智共同照護中心外，同意個案管理師提供諮詢與追蹤服務；
- (三) 個案管理服務資料登錄：為接受長期照顧延續性服務，同意個案管理師將個案管理服務資料登錄於失智照護服務系統，資料將包含個案基本資料、照顧者資料、健康層面、諮詢記錄等。

二、個案如無意願再參與失智共同照護中心所提供的任何服務項目，請與個案管理師妥善商量，並於終止服務前至少進行一次結束性會談，以保障個案之權益。

三、其他記載事項：若有任何疑問，請洽失智共同照護中心個案管理師。

個案簽名：

家屬簽名： _____ (與個案之關係： _____)

個案管理師簽名：

民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

個案服務紀錄單

追蹤日期	追蹤方式	服務內容(請勾選提供之服務項目並簡述問題及解決方式)
	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪	<input type="checkbox"/> 1. 醫療協助 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介 _____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：
	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪	<input type="checkbox"/> 1. 醫療協助 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介 _____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：
	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪	<input type="checkbox"/> 1. 醫療協助 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介 _____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：
	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪	<input type="checkbox"/> 1. 醫療協助 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介 _____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明
	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪	<input type="checkbox"/> 1. 醫療協助 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介 _____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：

個案家訪服務紀錄單

追蹤日期	服務內容(請勾選提供之服務項目並簡述問題及解決方式)
	<input type="checkbox"/> 1. 非藥物治療 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 2-1. 居家安全評估 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介_____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：
	<input type="checkbox"/> 1. 非藥物治療 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 2-1. 居家安全評估 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介_____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：
	<input type="checkbox"/> 1. 非藥物治療 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 2-1. 居家安全評估 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介_____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：
	<input type="checkbox"/> 1. 非藥物治療 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 2-1. 居家安全評估 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介_____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：
	<input type="checkbox"/> 1. 非藥物治療 <input type="checkbox"/> 2. 失智照護技巧指導 <input type="checkbox"/> 2-1. 居家安全評估 <input type="checkbox"/> 3. 行為問題處理 <input type="checkbox"/> 4. 提供社會福利資源 <input type="checkbox"/> 5. 失智症主要照顧者之心理支持 <input type="checkbox"/> 6. 轉介_____ <input type="checkbox"/> 7. 其他 請說明內容：

臺北市政府衛生局

個案管理紀錄表

基本資料	姓名	生日	年 月 日	性別		
	教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 小學畢業 <input type="checkbox"/> 國(初)中畢業 <input type="checkbox"/> 高中(職)畢業 <input type="checkbox"/> 專科畢業 <input type="checkbox"/> 大學以上畢業 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	主要照顧者	與個案關係	電話	手機		
	次要照顧者	與個案關係	電話	手機		
	居住地址	台北市 _____ 區 _____ 里 _____ 街/路 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 樓				
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍，_____縣/市 _____鄉鎮市 _____區 _____村/里 _____路/街 段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓				
身份別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 其他_____					
身心障礙手冊	障別：_____，程度：_____		是否獨居	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
失智症類別診斷	<input type="checkbox"/> 阿茲海默症 <input type="checkbox"/> 血管性失智症 <input type="checkbox"/> 額顳葉失智症 <input type="checkbox"/> 路易體失智症 <input type="checkbox"/> 帕金森失智症 <input type="checkbox"/> 混合型失智症 <input type="checkbox"/> 其他_____					
失智症程度診斷	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 其他_____ CRD 分數：_____					
身心狀況	意識： <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 其他_____ 情緒： <input type="checkbox"/> 平靜 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 冷默 <input type="checkbox"/> 激動 <input type="checkbox"/> 其他_____ 溝通： <input type="checkbox"/> 能理解 <input type="checkbox"/> 不能理解 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 其他_____ 視力： <input type="checkbox"/> 清晰 <input type="checkbox"/> 視力模糊 <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 其他_____ 聽力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 重聽 <input type="checkbox"/> 失聰 <input type="checkbox"/> 其他_____ 呼吸： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 端坐呼吸 <input type="checkbox"/> 張口呼吸 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 其他_____ 皮膚： <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 紅疹 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 水腫 部位_____ 程度_____ <input type="checkbox"/> 壓瘡 部位_____ 程度_____					
管路	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 造瘻 <input type="checkbox"/> 其他：_____			身高：_____	體重：_____	
失能狀況初篩	※ADL：			※IADL：		
	1. 進食	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	1. 上街購物	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
	2. 移位	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	2. 外出活動	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
	3. 如廁	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	3. 食物烹調	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
	4. 洗澡	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	4. 家務維持	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
	5. 平地走動	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	5. 洗衣物	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
	6. 穿脫衣褲鞋襪	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	6. 使用電話	<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
			8. 處理財務能力	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	
問題主述 (諮詢事項)						

個案問題與 需求 (關懷內 容) (必填)	就醫醫訊： <input type="checkbox"/> 不願就醫 <input type="checkbox"/> 看診科別 <input type="checkbox"/> 推薦醫生 <input type="checkbox"/> 醫病溝通 <input type="checkbox"/> 就醫抱怨 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	疾病說明： <input type="checkbox"/> 如何預防 <input type="checkbox"/> 何謂失智症 <input type="checkbox"/> 用藥說明 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	<u>行為問題：</u> <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覺 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 冷漠 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 躁動不安 <input type="checkbox"/> 重複性行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 遊走 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	<u>照顧技巧：</u> <input type="checkbox"/> 飲食/營養 <input type="checkbox"/> 洗澡 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 重度照顧 <input type="checkbox"/> 安寧療護 <input type="checkbox"/> 管路護理 <input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	<u>社會資源</u> 社會福利： <input type="checkbox"/> 身障手冊 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 其他相關補助
	防走失資源： <input type="checkbox"/> 愛心手鍊 <input type="checkbox"/> 指紋捺印 <input type="checkbox"/> GPS 定位系統 <input type="checkbox"/> QR 布標 <input type="checkbox"/> 人臉圖資(完成 2 項 以上，並勾選。)
	<u>照顧資源：</u> <input type="checkbox"/> 各區長期照護管理中心 居家式服務： <input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 居家照護(含護理、復健) <input type="checkbox"/> 申請外籍監護工 社區式照顧： <input type="checkbox"/> 日照中心 <input type="checkbox"/> 家庭託顧 機構式照護： <input type="checkbox"/> 團體家屋 <input type="checkbox"/> 失智專責專區 <input type="checkbox"/> 養護機構 <input type="checkbox"/> 榮家 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 機構喘息服務 輔助資源： <input type="checkbox"/> 如何申請 <input type="checkbox"/> 種類諮詢 <input type="checkbox"/> 租賃資訊 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	交通資源： <input type="checkbox"/> 復康巴士 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	<input type="checkbox"/> 其他：_____
	<u>活動參與/培訓</u> <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點 <input type="checkbox"/> 瑞智學堂 <input type="checkbox"/> 家屬支持團體 <input type="checkbox"/> 講座 <input type="checkbox"/> 互助家庭 <input type="checkbox"/> 其他單位 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<u>法律問題/財務管理</u> <input type="checkbox"/> 監護/輔助宣告制度 <input type="checkbox"/> 遺囑 <input type="checkbox"/> 財產信託 <input type="checkbox"/> 聯名帳戶 <input type="checkbox"/> 法律扶助 <input type="checkbox"/> 法律糾紛 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
<u>其他服務</u> <input type="checkbox"/> 情緒支持 <input type="checkbox"/> 照顧決擇 <input type="checkbox"/> 家屬溝通 <input type="checkbox"/> 照顧倫理 <input type="checkbox"/> 遠距照顧 <input type="checkbox"/> 其他疾病及健康問題諮詢 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
轉介單位：_____ 轉介者：_____ 轉介日期：_____年____月____日 FAX：_____ 電 話：_____ E-MAIL：_____	
個案處理 回覆	工作人員：_____ 回覆日期：_____年____月____日

臺北市政府衛生局失智症個案管理關懷服務計畫

111 年 月 醫院 關懷服務清冊成果月報表

個案姓名	性別	地址 (行政區)	電話	失智症確診		個案追蹤內容		轉介	人臉圖資建立	無法追蹤原因(例如：死亡等)	金額
				日期/時間	程度	方式	服務內容簡述(需標註服務內容代碼)				
					<input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 個管 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪		<input type="checkbox"/> 院內_____科 <input type="checkbox"/> 失智共照中心_____ <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
					<input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 個管 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪		<input type="checkbox"/> 院內_____科 <input type="checkbox"/> 失智共照中心_____ <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
					<input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 個管 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪		<input type="checkbox"/> 院內_____科 <input type="checkbox"/> 失智共照中心_____ <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
					<input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 個管 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪		<input type="checkbox"/> 院內_____科 <input type="checkbox"/> 失智共照中心_____ <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
總計(元)											

備註：(一)服務內容代碼：1. 醫療協助 2. 失智照護技巧指導 2-1. 居家安全評估 3. 行為問題處理 4. 提供社會福利資源
 5. 失智症主要照顧者之心理支持 6. 轉介(註明院內科別或社區資源服務名稱) 7. 非藥物治療 8. 其他
 (二)服務時間至少 15 分鐘且使用 1 項失智照護資源才能付費。(上述 8 項)

製表人

單位主管

機關首長