

## 長照服務對象之家庭照顧者支持性服務-轉介表

114.04.25 修訂

照顧者基本資料與評估					
照顧者姓名		出生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證字號		連絡電話			
聯絡地址					
被照顧者基本資料					
被照顧者姓名		出生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
長照服務	<input type="checkbox"/> 已開案 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未開案 <input type="checkbox"/> 其他_____				
照顧者現況簡述(心理、身體、疾病、經濟、家庭、社福資源等)					
同意轉介簽名: _____					
長照服務對象之高負荷家庭照顧者初篩指標					
編號	指標項目	操作型定義			勾選
1	被照顧者有嚴重情緒困擾、干擾行為致難以照顧	被照顧者具行為與心理症狀(BPSD)、自傷傷人、攻擊破壞、干擾、怪異行為(例如：遊走、妄想、吼叫、發出怪聲)，照顧者因被照顧者行為產生身心壓力致無法照顧。			<input type="checkbox"/>
2	高齡照顧者	1.照顧者的年齡大於 65 歲者。 2.原住民照顧者的年齡大於 55 歲者。 備註:照顧者的年齡如小於 18 歲，應優先通知照管中心進行照顧安排調整並同步通報社安網體系。			<input type="checkbox"/>
3	過去無照顧經驗者	1.因家庭變故成為家庭照顧者 2.面對被照顧者身體狀況、病況改變(如新增壓瘡、管路或 BPSD)，而有照顧知能不足之照顧者。			<input type="checkbox"/>
4	沒有照顧替手	1.負擔每週 20 小時以上主要照顧工作，無其他家人、親友或照顧資源提供協助。 2.受傳統文化或性別因素影響，不易求助，抗拒使用資源之照顧者或被照顧者。			<input type="checkbox"/>
5	需照顧兩人以上	同時須照顧兩位以上符合長期照顧、身心障礙、領有發展遲緩證明條件或尚需分配時間照顧其他家人(如照顧 3 歲以下孩童、精神病人等情事者)。 備註：如發現為雙老家庭(身心障礙者 35 歲以上且主要照顧者 60 歲以上)、或家有 2 名以上身心障礙者或 2 名以上精神病人，應通報身障或社安網體系。			<input type="checkbox"/>
6	照顧者因疾病或身心狀況影響照顧能力或意願	1. 照顧者具精神疾病、藥癮、酒癮或其他疾病致使照顧能力或意願受限者。 2. 出現憂鬱、焦慮、睡眠障礙等症狀致使照顧能力或意願受限者。 3. 照顧者持有身心障礙證明或領有重大傷病卡(含癌症)致使照顧能力或意願受限者或無法勝任照顧工作。 <b>*非慢性疾病者(如高血壓/糖尿病等)</b> 備註： 1. 疑似罹患精神疾病患者之人，請轉介衛生局或社區心理衛生中心。 2. 疑似施用毒品者，請轉介地方政府毒品危害防制中心。 3. 疑似酒精成癮者，請轉介地方政府衛生局。			<input type="checkbox"/>
7	申請政府資源不符資格、資格變動，或有突發緊急需求者	1.有經濟扶助需求，但因持有不動產或列計家戶人口變動等因素，而未符合政府法令致無法領取相關補助。 2.因突發事故無法負擔 <b>基本生活</b> 支出等。			<input type="checkbox"/>
8	3 個月內照顧情境有改變	1. <b>照顧者</b> 有急性醫療需求。 2.被照顧者的病況改變(例如頻繁進出醫院)。 3.外籍看護工空窗期(行蹤不明或轉換雇主)或其他照顧資源中斷等狀況。			<input type="checkbox"/>

9	照顧者或被照顧者間曾有家暴情事	1.照顧者自述曾對被照顧者有 <b>施暴意念</b> 或曾出現照顧疏忽，不論有無正式通報紀錄。 2.經評估疑似有家庭暴力或照顧疏忽情事，不論有無正式通報紀錄。	<input type="checkbox"/>
10	照顧者曾有自殺企圖或自殺意念	1.照顧者過去曾有因照顧壓力而有自殺意念、有自殺企圖、具體之自殺計畫或已準備好自殺工具等行為。 2.曾在言語間表達有自殺或結束自己與照顧對象生命的想法。	<input type="checkbox"/>

家庭照顧者支持服務據點轉介標準，須符合下列情形之其中一項：

- 一、符合指標 9、10 任一項
- 二、符合指標任二項
- 三、其他經專業人員評估有轉介之必要情形

轉介單位資料

轉介單位		單位電話		單位傳真	
轉介人員		轉介日期		主管簽章	

\*：請傳真至台東縣長照中心，傳真號碼：340-705，聯絡人：任曉琪，電話：310-400#671

回覆單

轉介單位：	轉介人員：
照顧者姓名：	被照顧者姓名：
回覆單位：	電話：
處置情形	<input type="checkbox"/> 收案
	<input type="checkbox"/> 不收案；原因：
	<input type="checkbox"/> 轉介其他單位：

回覆人員：

回覆日期： 年 月 日

單位主管：