

失智共同照護中心個案服務申請書

失智共同照護中心提供之服務內容，包含協助疑似失智者就醫看診及對失智者及其主要照顧者提供照顧負荷評估、諮詢服務、連結轉介服務。本人(個案或家屬)同意自申請日起一年內接受個案服務，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，同意本中心專業人員提供諮詢與追蹤服務；
- (三) 個案服務資料登錄：為接受失智照護延續性服務，同意本中心專業人員將個案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。

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，請與本中心專業人員聯繫，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。

我已詳閱並了解本同意書內容，且同意上述事項。

個案簽章：

家屬簽章：(與個案之關係：)

填寫日期：中華民國____年____月____日

(如個案無法簽章，則由代理人/輔助人完成填寫下方資訊)

代理人/輔助人簽章：(與個案之關係：)

代理人/輔助人身分證字號：

電話：

代理人/輔助人住(居)所：

代理人/輔助人出生年月日：中華民國____年____月____日

個案基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 其他 <input type="checkbox"/> _____
	身分證字號		出生日期	年 月 日
	電話		手機	
	居住地址			
	使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語：____ <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日文 <input type="checkbox"/> 其他：		
	教育狀態	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字，未受正規教育 <input type="checkbox"/> 國小、特教班(國小) <input type="checkbox"/> 國中、特教班(國中) <input type="checkbox"/> 高中(職)、特教班(高中職) <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 大學(二三專) <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 其他：		
	身分別 【可複選】	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明申請中 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明：障別_____等級 <input type="checkbox"/> 領有重大傷病卡		
長照或相關服務使用 【可複選】	<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 團體家屋 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 失智社區據點 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 失智專區 <input type="checkbox"/> 長照專業服務 <input type="checkbox"/> 輔具服務 <input type="checkbox"/> 居家無障礙改善 <input type="checkbox"/> 老人餐飲服務 <input type="checkbox"/> 喘息服務 <input type="checkbox"/> 交通接送服務 <input type="checkbox"/> 自聘外籍看護工 <input type="checkbox"/> 其他：			
聯絡人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 其他 <input type="checkbox"/> _____
	關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 女婿 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 鄰里長 <input type="checkbox"/> 其他：		
	聯絡電話		是否為照顧者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
照顧者	<input type="checkbox"/> 同聯絡人			
	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 其他 <input type="checkbox"/> _____
	聯絡電話		年齡	
	與被照顧者關係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姐妹 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 女兒/婿 <input type="checkbox"/> 孫子/女 <input type="checkbox"/> 孫媳婦/女婿 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 岳父母 <input type="checkbox"/> 公婆 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 外祖父母 <input type="checkbox"/> 看護（本國籍/外國籍） <input type="checkbox"/> 其他：		

下表由共照中心專業人員填寫			
個案來源	<input type="checkbox"/> 經 ICOPE 評估 <input type="checkbox"/> 照管中心 <input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 其他：		
失智診斷情況	<input type="checkbox"/> 尚未確診 <input type="checkbox"/> 確診為失智症		
確診醫院名稱		醫師姓名	
看診科別		確診日期	年 月 日
失智程度	<input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 CDR_____分		
失智症診斷	<input type="checkbox"/> 阿茲海默症/ <input type="checkbox"/> 血管型失智症/ <input type="checkbox"/> 帕金森症的失智症/ <input type="checkbox"/> 額顳葉失智症/ <input type="checkbox"/> 路易體失智症/ <input type="checkbox"/> 創傷性腦傷引起的失智症/ <input type="checkbox"/> 酒精或成癮物質引起的失智症/ <input type="checkbox"/> 人類免疫缺乏病毒的失智症/ <input type="checkbox"/> 庫賈氏症的失智症/ <input type="checkbox"/> 亨汀頓症的失智症/ <input type="checkbox"/> 其他疾病引起的失智症，如神經性病毒、缺 B12 或葉酸或甲狀腺過低/ <input type="checkbox"/> 混合型： <input type="checkbox"/> 不確定或不知道		

民眾接受失智共同照護中心 之個案服務資料授權應用及知情同意書（個案）

失智照護服務除了失智共同照護中心(下稱共照中心)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。為了順利提供失智照護服務，請您詳讀以下相關事項，若您為受監護宣告之人，應於您的法定代理人（受輔助宣告之人，應本人及其輔助人）閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容，並遵守以下所有規範：

- 一、本中心基於個人資料保護法及相關法令之規定下，將蒐集、處理及利用申請者提供之個人資料。若申請者拒絕提供所需之個人資料或提供不完整時，即難以提供所申請之服務項目。
- 二、依據個人資料保護法第8條規定，本中心蒐集、處理及利用申請者之個人資料，目的、資料類別、期間、地區、對象及方式敘明如下：
 - （一）目的：為提供個案諮詢服務、滿意度調查、或轉介相關之醫療照顧服務及社會福利等相關資源範圍內使用，並依個人資料保護法之特定目的「156衛生行政、157調查、統計與研究分析、171其他中央政府機關暨所屬機關構內部單位管理、公共事務監督、行政協助及相關業務、175其他地方政府機關暨所屬機關構內部單位管理、公共事務監督、行政協助及相關業務、182其他諮詢與顧問服務」等蒐集個人資料。
 - （二）個人資料類別：取得來自 C001辨識個人者、C003政府資料中辨識者、C011個人描述、C021家庭情形(婚姻狀況)、C023家庭其他成員之細節、C024其他社會關係、C051學校紀錄、C061現行之受僱情形(在職職務)、C111健康紀錄、C120宗教信仰、C132未分類之資料之個人資料。
 - （三）個人資料利用之期間、地區、對象及方式:

- 、 期間：失智照護業務存續期間。
- 、 地區：中華民國境內(包括臺澎金馬地區)。
- 、 對象：中華民國各政府機關(構)、經政府委託或特約之各團體及機構或經本中心轉介之醫療、社會福利及相關非營利組織團體。
- 、 方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式；須利用上述已去識別個人化，無法辨識特定個人之資料進行學術研究。

(四) 依個人資料保護法第3條規定，當事人得行使以下之權利：

- 、 查詢或請求閱覽。
- 、 請求製給複製本。
- 、 請求補充或更正。
- 、 請求停止蒐集、處理或利用。
- 、 請求刪除。

三、 本同意書一式二份，立同意書人與失智共同照護中心各執一份為憑。

四、 其他記載事項：

如欲行使上述第2點第4款所列之當事人權利，如有任何疑問，可洽_____失智共同照護中心，聯絡電話：

_____。

五、 您得自由選擇是否提供個人資料或行使個人資料保護法第3條所定之權利，但當不提供評估失智照護需要之個人資料時，將因未能知悉提供服務所需之基本資訊，判定資格，而影響您接受服務之權益；然不提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益運用進行分析之個人資料時，並不影響您申請或使用服務資格。

六、 您所提供之個人資料，衛生福利部、服務提供之共照中心及管理共照中心之直轄市及縣（市）政府將依據個人資料保護法相關規定盡資料保護之責。

☐ 本人已詳閱且瞭解上述所有事項，並**同意**提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益以個人資料利用之方式運用進行學術研究。

☐ 本人已詳閱且瞭解上述所有事項，惟**不同意**提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益以個人資料利用之方式運用進行學術研究。

個案簽章：

家屬簽章：（與個案之關係：）專業

人員簽章：

填寫日期：中華民國____年____月____日

（如個案無法簽章，則由代理人/輔助人完成填寫下方資訊）

代理人/輔助人簽章：（與個案之關係：）

代理人/輔助人身分證字號：

電話：

代理人/輔助人住(居)所：

代理人/輔助人出生年月日：中華民國____年____月____日

民眾接受失智共同照護中心 之個案服務資料授權應用及知情同意書（照顧者）

失智照護服務除了失智共同照護中心(下稱共照中心)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。為了順利提供失智照護服務，請您詳讀以下相關事項，若您未滿十八歲或受監護宣告之人，應於您的法定代理人（受輔助宣告之人，應本人及其輔助人）閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容，並遵守以下所有規範：

- 一、本中心基於個人資料保護法及相關法令之規定下，將蒐集、處理及利用申請者提供之個人資料。若申請者拒絕提供所需之個人資料或提供不完整時，即難以提供所申請之服務項目。
- 二、依據個人資料保護法第8條規定，本中心蒐集、處理及利用申請者之個人資料，目的、資料類別、期間、地區、對象及方式敘明如下：
 - （一）目的：為提供個案諮詢服務、滿意度調查、或轉介相關之醫療照顧服務及社會福利等相關資源範圍內使用，並依個人資料保護法之特定目的「156衛生行政、157調查、統計與研究分析、171其他中央政府機關暨所屬機關構內部單位管理、公共事務監督、行政協助及相關業務、175其他地方政府機關暨所屬機關構內部單位管理、公共事務監督、行政協助及相關業務、182其他諮詢與顧問服務」等蒐集個人資料。
 - （二）個人資料類別：識別類（C001辨識個人者、C003政府資料中之辨識者）、特徵類（C011個人描述）、家庭情形（C021家庭情形、C023家庭其他成員之細節）。
 - （三）個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
 - 、 期間：失智照護業務存續期間。

- 、 地區：中華民國境內(包括臺澎金馬地區)。
- 、 對象：中華民國各政府機關(構)、經政府委託或特約之各團體及機構或經本中心轉介之醫療、社會福利及相關非營利組織團體。
- 、 方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式；須利用上述已去識別個人化，無法辨識特定個人之資料進行學術研究。

(四) 依個人資料保護法第3條規定，當事人得行使以下之權利：

- 、 查詢或請求閱覽。
- 、 請求製給複製本。
- 、 請求補充或更正。
- 、 請求停止蒐集、處理或利用。
- 、 請求刪除。

三、 本同意書一式二份，立同意書人與失智共同照護中心各執一份為憑。

四、 其他記載事項：

如欲行使上述第2點第4款所列之當事人權利，如有任何疑問，可洽_____失智共同照護中心，聯絡電話：_____。

五、 您得自由選擇是否提供個人資料或行使個人資料保護法第3條所定之權利，但當不提供評估失智照護需要之個人資料時，將因未能知悉提供服務所需之基本資訊，判定資格，而影響您接受服務之權益；然不提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益運用進行分析之個人資料時，並不影響照顧者申請或使用服務資格。

六、 您所提供之個人資料，衛生福利部、服務提供之共照中心及管理共照中心之直轄市及縣（市）政府將依據個人資料保護法相關規定盡資料保護之責。

☐ 本人已詳閱且瞭解上述所有事項，並**同意**提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益以個人資料利用之方式運用進行學術研究。

☐ 本人已詳閱且瞭解上述所有事項，惟**不同意**提供政府機關（構）、學術研究單位基於公共利益以個人資料利用之方式運用進行學術研究。

主要照顧者簽章：

填寫日期：中華民國_____年_____月_____日

（如主要照顧者無法簽章，則由代理人/輔助人完成填寫下方訊）

代理人/輔助人簽章：（與照顧者之關係：_____）

代理人/輔助人身分證字號：

電話：

代理人/輔助人住(居)所：

代理人/輔助人出生年月日：中華民國_____年_____月_____日