

被照顧者需求服務項目表

被照顧者基本資料					
姓 名		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證字號		聯絡電話	日： 夜：	手機：	
地 址					
照 顧 需 求	日常生活基本需求		醫療照顧需求		
	<input type="checkbox"/> 協助餵食 <input type="checkbox"/> 協助日常大小便 <input type="checkbox"/> 協助清潔個人衛生、洗澡 <input type="checkbox"/> 協助上下床 <input type="checkbox"/> 協助行走 <input type="checkbox"/> 協助穿脫衣服 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 插鼻胃管 <input type="checkbox"/> 插尿管 <input type="checkbox"/> 肛塞 <input type="checkbox"/> 擦藥 <input type="checkbox"/> 協助服藥 <input type="checkbox"/> 復健 <input type="checkbox"/> 翻身 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 其他		
照顧者基本資料					
姓 名		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證字號		聯絡電話	日： 夜：	與被照顧者關係：母女	
			手機：	照顧者簽章：	
地 址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他：				
照 顧 者 照 顧 情 形	日常生活基本需求		醫療照顧需求		
	<input type="checkbox"/> 協助餵食 <input type="checkbox"/> 協助日常大小便 <input type="checkbox"/> 協助清潔個人衛生、洗澡 <input type="checkbox"/> 協助上下床 <input type="checkbox"/> 協助行走 <input type="checkbox"/> 協助穿脫衣服 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 插鼻胃管 <input type="checkbox"/> 插尿管 <input type="checkbox"/> 肛塞 <input type="checkbox"/> 擦藥 <input type="checkbox"/> 協助服藥 <input type="checkbox"/> 復健 <input type="checkbox"/> 翻身 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 其他		
評量結果					
符合	達應服務項目： 項；百分比：				
不符合	被 照 顧 者	<input type="checkbox"/> 喪失中低收入老人生活津貼資格（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 戶籍遷出（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 死亡（ 年 月 日）			
	照 顧 者	<input type="checkbox"/> 未設籍或實際居住於同一鄉鎮市 <input type="checkbox"/> 已就業 <input type="checkbox"/> 未盡照助之事實			

日期: _____ 訪視員: _____ 科長: _____ 家屬簽章: _____