

新北市政府長期照顧服務個案評估量表

99.11.18 修訂

□1.初評--評估日期：____年____月____日，時間：____至____個案編號：_____

□2.複評--評估日期：____年____月____日，時間：____至____

第一部分：個案基本資料

姓 名：_____
身分證字號：□—□□□□□□□□□□
性 別：1.□男 2.□女 生 日：民國(1.前 2.國)____年____月____日
婚姻狀況：1. □未婚 2. □已婚 3. □離婚 4. □分居 5. □喪偶 6. □其他_____
是否符合長照十年收案對象：0.□否 1.□是 社會福利身份別： (1) 1.□一般戶 2.□中低收入 3.□低收入戶 (2) 是否為榮民、榮眷：0.□否 1.□是 (3) 是否為山地原住民：0.□否 1.□是(以實際居住為限)，族別：_____ (4) 是否有身心障礙手冊： 0.□沒有 1. □申請中 2. □有(請填答下列二題) a.障礙類別：1.□視覺障礙 2.□聽覺機能障礙 3.□平衡機能障礙 4.□慢性精神病患 5.□聲音機能或語言機能障礙 6.□肢體障礙 7.□智能障礙 8.□重要器官失去功能 9.□顏面損傷 10.□植物人 11.□失智症 12.□自閉症 13.□頑型(難治型)癲癇症 14.□多重障礙 15.□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 16.□其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷) b.障礙等級 1.□輕度 2.□中度 3.□重度 4.□極重度 c.重新鑑定日期：____/____/____ 經濟來源：1.□子女供應 2.□父母供應 3.□退休俸_____元/月 4.□自己或配偶工作收入_____元/月 5.□社會福利補助_____元/月 6.□其他_____
支出：_____
常用語言：1.□國語 2.□台語 3.□客家語 4.原住民族語_____ 5.□其他____
教育程度：1.□不識字 2.□識字，但未曾就學 3.□特教班(□國小□國中□高中) 4.□國小 5.□國中 6.□高中 7.□大專 8.□研究所以上 9.其它：_____
宗教信仰：1.□道教 2.□佛教 3.□基督教 4.□天主教 5.□一貫道 6.□回教 7.□其他_____
現居住址：_____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街_____段_____巷_____弄_____號_____樓
聯絡電話：(日)_____ (夜) _____
戶籍住址：□同現居住址
_____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街_____段_____巷_____弄_____號_____樓
主要聯絡人：_____與個案關係：_____聯絡電話/手機：_____
主要照顧者：_____與個案關係：_____聯絡電話/手機：_____
案主居住狀況：□1.獨居 □2.配偶同住 □3.子女同住 □4.子女家輪流住 □5.親友或孫代子女同住 □6.其他_____

(1)意識狀態： 1. ☐清醒 2. ☐嗜睡 3. ☐混亂 4. ☐昏迷 5. ☐其他：_____

(2)皮膚狀況： 1. ☐正常
2. ☐異常；皮膚異常狀況
 ①☐過度乾燥有皮屑 ②☐淤青 ③☐有疹子 ④☐傷口（部位：_____
 大小：_____；等級：_____類別：☐擦傷、割傷 ☐術後傷口 ☐燒燙傷
 ☐壓瘡☐其他慢性傷口：_____） ⑤☐其他_____

(3)目前是否接受其他特殊照護
0. ☐否
1. ☐是（①☐鼻胃管 ②☐氣切管 ③☐導尿管 ④☐呼吸器 ⑤☐傷口引流管
 ⑥☐造瘻部位_____ ⑦☐氧氣治療 ⑧☐其他_____）

(4)目前飲食型態：1. ☐一般飲食 2. ☐軟質 3. ☐流質 4. ☐特殊治療飲食：_____ 5. ☐其他_____

(5)進食方式：1. ☐由口進食 2. ☐管灌 3. ☐其他_____

(6)營養狀況評估：依個案情形逐一圈選下列選項之得分，並在最後計算總分

1.身高：_____公分 2.體重：_____公斤 3.BMI：_____ 4. ☐無法評估

過去三個月是否因食慾不佳、消化問題、咀嚼或吞嚥困難致進食量越來越少？	分
0分：嚴重食慾不佳 1分：中度食慾不佳 2分：食慾無變化	
近三個月體重變化（ ☐ 減_____公斤）	分
0分：體重減輕>3公斤 1分：不知道 2分：體重減輕1-3公斤 3分：體重無變化	
行動力	分
0分：臥床或輪椅 1分：可下床活動或離開輪椅但無法自由走動 2分：可以自由走動	
過去三個月內曾有精神性壓力或急性疾病發作 0分：是 2分：否	分
神經精神問題 0分=嚴重失智或抑鬱； 1分=輕度失智 2分=無精神問題	分
身體質量指數（BMI）	分
0分：BMI≤18.5 1分：18.5<BMI≤24 2分：24<BMI≤27 3分：BMI>27	
合 計	分

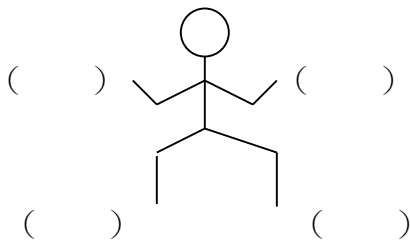
*總分≤11分可能營養不良建議營養師介入評估指導

(7)疾病史

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療
1. ☐ 中風		0. ☐ 否 1. ☐ 是	10. ☐ 泌尿道疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
2. ☐ 高血壓		0. ☐ 否 1. ☐ 是	11. ☐ 巴金森氏症		0. ☐ 否 1. ☐ 是
3. ☐ 心臟病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	12. ☐ 免疫疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
4. ☐ 糖尿病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	13. ☐ 失智症		0. ☐ 否 1. ☐ 是
5. ☐ 消化系統(肝、膽、腸、 胃)		0. ☐ 否 1. ☐ 是	14. ☐ 傳染性疾病 (肺結核、愛滋 病、梅毒、B型肝炎)		0. ☐ 否 1. ☐ 是 治療階段：
6. ☐ 慢性阻塞性肺疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	15. ☐ 其他呼吸系 統疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是
7. ☐ 腎臟疾病		0. ☐ 否 1. ☐ 是	16. ☐ 腦性麻痺		0. ☐ 否 1. ☐ 是
8. ☐ 脊髓損傷		0. ☐ 否 1. ☐ 是	17. ☐ 癌症：_____癌		0. ☐ 否 1. ☐ 是
			18. ☐ 其他：		0. ☐ 否 1. ☐ 是
9. ☐ 骨骼系統(關節炎、骨 折)		0. ☐ 否 1. ☐ 是	19. ☐ 以上皆無		

造成失能原因：① ☐ 疾病 ② ☐ 意外事故 ③ ☐ 環境 ④ ☐ 遺傳 ⑤ ☐ 其他：_____						
是否使用另類醫療： 0. ☐ 否 1. ☐ 是 ① ☐ 針灸 ② ☐ 草藥 ③ ☐ 推拿 ④ ☐ 氣功 ⑤ ☐ 其他：_____						
(8) 用藥安全評估：						
1. 目前服用藥物是否 ≥ 5 種：0. ☐ 否；1. ☐ 是 目前所服用藥物：						
編號	藥 名	含量/劑型	劑 量	用 法	藥袋或說明書(有、無)	過期或變質
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
2. 具有二位以上醫師所開立之慢性病連續處方籤 0. ☐ 否 1. ☐ 是						
3. 是否有其他用藥問題（如副作用） 0. ☐ 否 1. ☐ 是：請說明：_____						
(9) 溝通：						
1. 視力：① ☐ 清晰 ② ☐ 模糊：左/右 ③ ☐ 失明：左/右 ④ ☐ 其他：_____						
2. 聽力：① ☐ 清晰 ② ☐ 重聽：左/右 ③ ☐ 失聰：左/右 ④ ☐ 其他：_____						
3. 說話：① ☐ 良好 ② ☐ 僅可表達簡單的句子 ③ ☐ 僅可表達零碎的詞 ④ ☐ 僅可表達零碎的字 ⑤ ☐ 無法言語/言語無法令人理解/言語不具意義						
4. 理解能力：① ☐ 良好 ② ☐ 僅可理解簡單的句子 ③ ☐ 僅可理解關鍵詞 ④ ☐ 僅可理解關鍵字 ⑤ ☐ 無法理解 ⑥ ☐ 無法判斷理解能力						
(10) 是否使用輔具： 0. ☐ 否 1. ☐ 是：① ☐ 單手拐杖 ② ☐ 助行器 ③ ☐ 腋下拐杖 ④ ☐ 輪椅 ⑤ ☐ 義肢 ⑥ ☐ 氣墊床 ⑦ ☐ 抽痰機 ⑧ ☐ 助聽器 ⑨ ☐ 眼鏡 ⑩ ☐ 便盆椅 ⑪ ☐ 氧氣筒、氧氣製造機 ⑫ ☐ 其他：_____						

【肌力與握力評估】



右手握力： ☐1.正常 ☐2.較差 ☐3.極差；

左手握力：☐1.正常 ☐2.較差 ☐3.極差

第三部分、日常生活與自我照顧能力

A、基本日常生活活動能力（ADL）（以最近一個月的表現為準）

（若個案有使用輔具，則以輔具使用之下情形評估其巴氏量表。）

1、進食：請問您(您_____)吃飯時是否需要協助？

不需協助

☐ 10 分—

(1) 可自行取食眼前食物

(2) 吃完一餐

(3) 合理時間內吃完

(4) 自行穿脫輔具

需協助

☐ 5 分—

(1) 要幫忙切食物、弄碎

(2) 要先幫忙穿脫進食輔具

☐ 0 分—

(1) 灌食

(2) 只能嘴動，手不會舀(需人餵食)

2、移位：請問您(您_____)從床上坐起及移位到椅子(或輪椅)上，是否需要幫忙？如何幫忙？

不需協助

☐ 15 分—

(1) 可自行坐起、移位，並回到原位

(2) 若使用輪椅，包含自行煞車、移開踏板

(3) 沒有安全上顧慮，不需有人在旁監督

需協助

☐ 10 分—坐起及移位過程中需些微協助

(如：輕扶以保持平衡，或提醒，或因安全顧慮需有人在旁監督)

☐ 5 分—可自行獨立坐起，但由床移位到椅子上時，須 1 人大量的肢體協助

☐ 0 分—需人協助才能坐起，或需 2 人幫忙扶持才可移位

3、如廁：請問您(您_____)上廁所過程中(包括到馬桶、穿脫衣物、擦拭、沖水)，是否需要幫忙？如何幫忙？

不需協助

需協助

☐ 10 分— (1) 可自行上下馬桶 (2) 穿脫衣物且不弄髒 (3) 使用後擦拭清潔 (4) 不需有人監督安全 (5) 若使用便盆，包含自行取放及清洗	☐ 5 分—只需協助保持平衡，整理衣物或使用衛生紙 ☐ 0 分—需人協助
4、洗澡：請問您(您_____)洗澡是否協助？	
不需協助	需協助
☐ 5 分—可自行完成盆浴或淋浴	☐ 0 分—需別人協助或監督才能完成盆浴或淋浴
5、平地走動：	
(a) 請問您(您_____)是否可以在平地走 50 公尺以上？需要人協助嗎？	
不需協助	需協助
☐ 15 分— (1) 使用或不使用輔具(包含支架、義肢、無輪之助行器)，可行走 50 公尺以上 (2) 並可起立/坐下	☐ 10 分—需稍微扶持或口頭教導，即可行走 50 公尺以上
(b) 是否可操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門、接近桌子、床沿)？	
	☐ 5 分—可以操作輪椅 ☐ 0 分—操作輪椅需要幫忙，或行走時需大量扶持，或無法行走
6、穿脫衣褲鞋襪：請問您(您_____)是否需人協助穿脫衣褲鞋襪(義肢、支架)？	
不需協助	需協助
☐ 10 分— (1) 可自行穿脫衣褲鞋襪(義肢、支架)，包含必要時之繫緊、綁帶子、扣扣子等 (2) 合理時間內完成 (3) 可使用輔具	☐ 5 分—在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作 ☐ 0 分—需別人完全幫忙
失能項數： ☐ 無 ☐ 輕度(1~2 項) ☐ 中度(3~4 項) ☐ 重度(≥5 項)	
7、個人衛生：請問您(您_____)刷牙、洗臉、洗手、梳頭髮、(刮鬍子)是否需要幫忙？	
不需協助	需協助
☐ 5 分—可自行完成上列所有項目，且不需監督	☐ 0 分—需協助才能完成上列項目
8、上下樓梯：請問您(您_____)上下樓梯一層樓是否需要協助？	

不需協助	需協助
☐ 10 分—可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)	☐ 5 分—需稍扶持或口頭指導或監督 ☐ 0 分—無法或需大量協助
9、大便控制：請問您(您_____)是否曾發生大便失禁的情形？(若有)失禁頻率為何？是否需人協助處理？	
不需協助	需協助
☐ 10 分—不會失禁，必要時會自行使用塞劑(軟便劑)	☐ 5 分— (1) 偶爾會失禁(每週不超過一次) (2) 使用塞劑(軟便劑)時需人幫忙 ☐ 0 分—需人協助處理
10、小便控制：請問您(您_____)是否曾發生小便失禁的情形？(若有)失禁頻率為何？是否需人協助處理？	
不需協助	需協助
☐ 10 分—不會失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿袋	☐ 5 分— (1) 偶爾會失禁(每週不超過一次) (2) 使用尿布尿袋時需人幫忙 ☐ 0 分—需人協助處理
基本日常生活活動能力總分： _____	

B、工具性日常生活活動能力（IADL） （以最近一個月的表現為準）	
1. 上街購物 【 ☐ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 ☐ 3.獨立完成所有購物需求 ☐ 2.獨立購買日常生活用品 ☐ 1.每一次上街購物都需要有人陪 ☐ 0.完全不會上街購物	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
2. 外出活動 【 ☐ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 ☐ 4.能夠自己開車、騎車 ☐ 3.能夠自己搭乘大眾運輸工具 ☐ 2.能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具 ☐ 1.當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具 ☐ 0.完全不能出門	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
3. 食物烹調 【 ☐ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 ☐ 3.能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜 ☐ 2.如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜 ☐ 1.會將已做好的飯菜加熱 ☐ 0.需要別人把飯菜煮好、擺好	勾選 0.者，列為失能項目。

4. 家務維持 【 ☐ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 ☐ 4.能做較繁重的家事或需偶爾家事協助（如搬動沙發、擦地板、洗窗戶） ☐ 3.能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被 ☐ 2.能在家事，但不能達到可被接受的整潔程度 ☐ 1.所有的家事都需要別人協助 ☐ 0.完全不會做家事	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
5. 洗衣服 【 ☐ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 ☐ 2.自己清洗所有衣物 ☐ 1.只清洗小件衣物 ☐ 0.完全依賴他人	勾選 0.者，列為失能項目。
6. 使用電話的能力 【 ☐ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 ☐ 3.獨立使用電話，含查電話簿、撥號等 ☐ 2.僅可撥熟悉的電話號碼 ☐ 1.僅會接電話，不會撥電話 ☐ 0.完全不會使用電話	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
7.服用藥物 【 ☐ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 ☐ 3.能自己負責在正確的時間用正確的藥物 ☐ 2.需要提醒或少許協助 ☐ 1.如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用 ☐ 0.不能自己服用藥物	勾選 1.或 0.者，列為失能項目。
8.處理財務能力 【 ☐ 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】 ☐ 2.可以獨立處理財務 ☐ 1.可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣 ☐ 0.不能處理錢財	勾選 0.者，列為失能項目。
工具性日常生活活動能力總分： _____ 是否符合失能補助標準： ☐ 否 ☐ 是 （註：上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服等五項中有三項以上需要協助者即為輕度失能）	

第四部分、認知功能

(1) 認知功能評估(需個案自答不可代答)

進行方式：依下表所列的問題，詢問個案並將結果紀錄下來，(如果個案家中沒有電話，可將 4.1 題 改為 4.2 題)，答錯的問題請紀錄下來。 ☐ 無法評估 _____

對	錯	問 題	注意事項
		1.今天是幾年幾月幾日?__年__月__日	年月日都對才算正確
		2.今天是星期幾?	星期對才算正確

	3.這裡是什麼地方？	對所在地的任何描述都算正確；說「我家」或正確說出城鎮等都可接受。
	4.1 你的電話號碼是幾號？	證實電話號碼無誤即算正確；或在會談時，能在兩次間隔較長的時間內重複相同的號碼即算正確。
	4.2 你住在什麼地方？	當個案沒有電話時才問
	5.你幾歲了？	年齡與出生年月日符合才算正確。
	6.你的生日是哪一天？	年月日都對才算正確。
	7.現任總統是誰？	姓氏正確即可
	8.前任總統是誰？	姓氏正確即可
	9.你媽媽叫什麼名字？	不需特別證實，只需個案說出一個與他不同的女性姓名即可。
	10.從 20 減 3 開始算，一直減 3 減下去。	期間如出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。
錯誤題數：_____題 (請依照錯誤題數及個案教育程度，於下表勾選心智功能程度)		

	☐ 心智功能完好	☐ 輕度智力缺損	☐ 中度智力缺損	☐ 嚴重智力缺損
小學	0-3 題錯誤	4-5 題錯誤	6-8 題錯誤	9-10 題錯誤
一般(國中)	0-2 題錯誤	3-4 題錯誤	5-7 題錯誤	8-10 題錯誤
高中	0-1 題錯誤	2-3 題錯誤	4-6 題錯誤	7-10 題錯誤

(2) 個案認知功能狀態及需協助程度*個案無法配合回答上述問題時，請填寫此表。

*藉由觀察個案實際執行日常事務，以評估其認知功能狀態。

分數	需協助程度	描述	備註
0	完全協助	需外界刺激，才有反應	如吞嚥、疼痛反應
1	大量協助	需示範及肢體感覺刺激，以完成大動作活動	如摸頭、抬腿
2	中等協助	需持續示範及提醒，才能完成簡單、重複性活動	如吃飯、刷牙
3	少量協助	需重覆提醒錯誤，確保安全，無法解決突發困難	如依天氣選擇衣物
4	需監督	做新事務需監督，無法注意安全，或出現錯誤	如:用藥、開關瓦斯
5	獨立不需協助	不需協助	

(3) 行為

1. ☐ 正常 2. ☐ 遊走 3. ☐ 日落症候群 4. ☐ 畏縮 5. ☐ 不適當的性行為
6. ☐ 言語侵犯 7. ☐ 身體侵犯 8. ☐ 躁動不安 9. ☐ 獨自離家未回 10. ☐ 自我傷害
11. ☐ 有危險用火記錄或傾向 12. ☐ 妄想 13. ☐ 自言自語 14. ☐ 無法評估
15. 其他：

(4) 情緒

1. ☐適當的 2. ☐焦慮的 3. ☐異常欣快 4. ☐起伏易變 5. ☐遲滯的
6. ☐情緒低落 7. ☐易怒的 8. ☐其他：_____ 9. ☐無法評估

* 憂鬱評估

1.上一個禮拜中，您是否有下面的情形和感覺？是從來沒有、很少、有時候，還是常常？	1、從 (<1 天)	2、有時 (1~2天)	3、常常 (3~7天)
a.不想吃東西、胃口不好	0	1	2
b.覺得心情很不好	0	1	2
c.覺得做事情很不順利	0	1	2
d.睡不安穩	0	1	2
e.覺得很快樂	2	1	0
f.覺得很孤單、寂寞	0	1	2
g.覺得人人都不友善(對您不好)	0	1	2
h.覺得日子過得很好很享受人生	2	1	0
i.覺得很悲哀	0	1	2
j.覺得別人不喜歡您	0	1	2
k.提不起勁做任何事	0	1	2

※總分：_____資料來源：☐本人 ☐其他：_____

憂鬱判斷分數如下：男性總分 12 分以上，女性總分 10 分以上，有憂鬱傾向，建議轉介心理衛生中心

第五部分、復健需求與意願

一、職能治療(符合一項以上者，有職能治療需求)

- 1.個案 3 個月內生活功能變差(如:穿衣、起床、近期出院或發病)。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
2.意識清楚有居家服務需求者。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
3.從事日常活動時有安全虞慮。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用

二、物理治療(符合一項以上者，有物理治療需)

- 1.日常生活與自我照顧能力「移位」或「平地走動」或「上下樓梯」，需他人協助。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
2.目前使用之行動輔具(如:拐杖、助行器、輪椅、義肢等)不適用或操作能力不佳。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
3.個案日常生活自理能力受肌力不足所影響。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
4.最近 1 年內有跌倒病史。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
5.早期療育居家個案。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
*個案或家屬希望提升照顧能力。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
*個案目前是否接受復健門診治療。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用
*家屬或個案是否願意配合接受居家或社區復健治療。 0.☐否 1.☐是 2.☐不適用

第六部分、居家護理需求與意願

1.個案有明確醫療或護理服務需求者(如:三管留置、傷口護理等)。	0. ☐ 否 1. ☐ 是 2. ☐ 不適用
2.個案因失智行為問題(如記憶力減退影響日常生活、喪失對時間及地點的概念、東西擺放錯亂、行為及情緒出現改變等)而造成照顧者之困擾。	0. ☐ 否 1. ☐ 是 2. ☐ 不適用
3.個案及照顧者自覺需協助提升失智症照護之技巧及知能。	0. ☐ 否 1. ☐ 是 2. ☐ 不適用
4.個案及照顧者需協助提升失智症及護理照顧等技能(如:近期出院或發病)。	0. ☐ 否 1. ☐ 是 2. ☐ 不適用

第七部分、個案居家環境狀況：

(1)住屋種類： 1. ☐ 平房 2. ☐ 公寓__樓 3. ☐ 電梯大廈 4. ☐ 透天厝/樓中樓 5. ☐ 其他_____	(2)所有權：1. ☐ 自有 2. ☐ 租借 3. ☐ 其他_____
(3) 居家環境安全 近一年內跌倒紀錄 0. ☐ 無 1. ☐ 有，近一年內個案跌倒發生次數：_____ 近三個月內個案是否有跌倒紀錄 0. ☐ 無 1. ☐ 有 a.近三個月內個案跌倒發生次數：_____ b.跌倒原因：① ☐ 環境因素 ② ☐ 個案身體狀況 ③ ☐ 其他:_____ c.跌倒主要發生地點 ① ☐ 臥室 ② ☐ 客廳 ③ ☐ 浴室 ④ ☐ 樓梯 ⑤ ☐ 陽台 ⑥ ☐ 走道 ⑦ ☐ 廚房 ⑧ ☐ 室外_____ ⑨ ☐ 其他_____	
(4)居家環境衛生： 0. ☐ 無異常狀況 1. ☐ 異常（① ☐ 異味 ② ☐ 雜物堆放，久積灰塵 ③ ☐ 通風不良 ④ ☐ 蚊蟲滋生 ⑤ ☐ 缺水 ⑥ ☐ 家中無紗門、紗窗 ⑦ ☐ 熱水器置於室內 ⑧ ☐ 其他_____）	
(5)居家無障礙環境是否有下列需求： 1.聽障，需加裝： ☐ 電話閃光震動器 ☐ 門鈴閃光顯示器 ☐ 無線震動警示器 ☐ 電話擴音器 2. ☐ 門需修改： ☐ 加寬 ☐ 剔除門檻 ☐ 折疊門 ☐ 自動門 ☐ 其他，位置：_____ 3. ☐ 需加裝扶手，位置：_____ 4. ☐ 水龍頭改裝，位置：_____ 5. ☐ 防滑措施，位置：_____ 6. ☐ 斜坡道，位置：_____ 7. ☐ 廚房改善工程 8. ☐ 浴室改善工程 9. ☐ 特殊簡易洗槽 10. ☐ 特殊簡易浴槽 11. ☐ 其他：_____ 12. ☐ 以上皆無	

第八部分、老人輔具需求

☐有需求 ☐無需求 ☐不適用(勾選無需求或不適用，以下免填)

輔具項目	核定標準
☐ 1.轉位板（含移位墊及移位腰帶）	ADL 移位小於或等於 10 分或移位能力須使用該輔具方能達到 15 分者。
☐ 2.放大鏡	經評估視力模糊影響閱讀能力者。
☐ 3.馬桶增高器（便盆椅）	ADL 如廁能力小於或等於 5 分或如廁能力須使用該輔具方能達到 10 分者。
☐ 4.沐浴椅凳	ADL 洗澡能力等於零分或洗澡能力須使用該輔具方能達到 5 分者。
☐ 5.飲食輔具(含特殊刀、叉、湯匙、筷子、杯盤、防滑墊等相關項目)	ADL 進食能力小於或等於 5 分或進食能力須使用該輔具方能達到 10 分者。
☐ 6.衣著輔具(含穿衣桿、穿鞋（襪）輔助器、長柄取物鉗等相關項目)	ADL 穿脫衣褲鞋襪能力小於或等於 5 分或穿脫衣褲鞋襪能力須使用該輔具方能達到 10 分者。
☐ 7.居家輔具(含特殊門把、烹調用具、開瓶罐器、特製開關、電話撥號輔助產品等相關項目)	1.IADL 食物烹調能力小於或等於 2 分或食物烹調能力須使用該輔具方能達到 3 分者。 2.IADL 符合以下資格之一者： (1)家務維持能力小於或等於 3 分或家務維持能力須使用該輔具方能達到 4 分者。 (2)洗衣服能力小於或等於 1 分或洗衣服能力須使用該輔具方能達到 2 分者。 (3)使用電話能力小於或等於 2 分或使用電話能力須使用該輔具方能達到 3 分者。
☐ 8.需專業治療師評估項目 ☐ 輪椅 ☐ 輪椅附件(安全帶、桌板等) ☐ 特製輪椅 ☐ 拐杖(不鏽鋼、鋁製) ☐ 助行器 ☐ 助步車 ☐ 輪椅氣墊座(特殊量製坐墊或特殊材質坐墊) ☐ 手動或電動床 ☐ 移位機 ☐ 氣墊床 ☐ 流體壓力輪椅座墊 ☐ 流體壓力床	

第九部分、家庭支持狀況

A、家系圖

請繪出個案的家系圖（需畫出三代、同住者），並註明個案與每位成員的互動關係

B、主要照顧者評估※主要照顧者係指平時給予個案 ADL 或 IADL 幫助最多者（非雇傭關係者）
☐無主要照顧者 ☐有主要照顧者 ☐有主要照顧者，不與個案同住

(1)姓名：_____

(2)與個案關係：

1. ☐配偶 2. ☐未婚兒子 3. ☐未婚女兒 4. ☐已婚兒子 5. ☐媳婦 6. ☐已婚女兒/女婿
 7. ☐孫子/孫女 8. ☐父母 9. ☐兄弟姊妹 10. ☐公婆 11. ☐岳父母
 12. ☐其他_____

(3)年齡：_____

(4)性別： 1. ☐男 2. ☐女(5)特殊狀況：1. ☐在學 2. ☐服兵役 3. ☐持有重大傷病卡：_____4. ☐持有身障手冊：_____（障別/等級） 5. ☐其他：_____ 6. ☐以上皆無(6)目前就業狀況 1. ☐無 2. ☐全職 3. ☐兼職（部分時間工作）

(7)每天照顧時間

1. ☐全天 2. ☐部分時間（每日平均____小時，☐早上 ☐中午 ☐下午 ☐晚上 ☐假日）

(8)照顧個案年月數____年____月

 (9)自認為在照顧個案上最需要協助的地方是：☐身體照顧 ☐家務服務 ☐陪同就醫 ☐喘息服務
☐安全維護 ☐送餐服務 ☐復健/關節活動 ☐其他：_____ ☐以上皆無

(10)主要照顧者負荷：依照實際情形圈選適合選項

主要照顧者身體健康	1. 主要照顧者的健康與過去差不多，沒什麼變化。 2. 主要照顧者因照顧個案而感到疲累、身體不適，但不需看醫師。 3. 主要照顧者因照顧個案而感到疲累、身體不適，而需要看醫師或接受治療，但仍可繼續照顧。 4. 主要照顧者因照顧個案而太過疲累而需要住院，或無法繼續照顧，必須換人。
主要照顧者心理狀況	1. 主要照顧者的心理狀況與過去一樣，沒什麼變化。 2. 主要照顧者的情緒偶爾會焦慮、擔心、憂鬱，但不至於影響生活作息。 3. 主要照顧者會受個案影響而情緒變化大甚至需要服用鎮定劑、安眠藥。 4. 主要照顧者會因個案影響心理狀況產生精神症狀需常看醫師或住院。
家庭的互動關係	1. 家人的互動關係由於個案的相關問題而更能互相關心或沒什麼改變。 2. 家人的關係會因為個案的相關問題而起小衝突，但尚能解決問題，維持和諧關係。 3. 家人之間會因個案的相關問題而常發生衝突，有些衝突不易解決，但尚不致嚴重破壞家庭的和諧。 4. 家人因個案的相關問題常發生嚴重衝突無法解決而嚴重破壞關係，或常處於緊張狀態。

家庭照顧者負荷總計分：_____ (必填)

 照顧者總評：1. ☐家庭照顧負荷過重 2. ☐照顧技巧不佳 3. ☐家屬無照顧意願
 4. ☐其他：_____ 5. ☐以上皆無

C、次要照顧者 (姓名)_____	與個案關係：_____
D、疏忽與受虐 個案有受虐與疏忽： 0. ☐ 否 1. ☐ 是 → 說明：_____（請通報家暴中心社工員）	
E、同戶中另有長期照顧管理中心服務對象： 0. ☐ 否 1. ☐ 是 → 姓名：_____	
F、同戶中是否有其他長期照顧需求之潛在個案： 0. ☐ 否 1. ☐ 是 → 姓名：_____	

第十部分、社會資源使用狀況

個案是否使用社會資源： 0. ☐ 否 1. ☐ 是（若填否，以下免填）

一、社會福利機構 1. ☐ 公所,服務內容： ① ☐ 送餐服務 ② ☐ 急難救助 ③ ☐ 其他 _____ 2. ☐ 區域社會福利服務中心, 服務內容：_____ 3. ☐ 新北市政府長期照顧管理中心, 服務內容：_____ 4. ☐ 民間慈善團體名稱 _____ 服務內容： ① ☐ 關懷訪視 ② ☐ 電話問安 ③ ☐ 經濟補助 ④ ☐ 送餐服務 ⑤ ☐ 陪同就醫 ⑥ ☐ 其他：_____ 5. ☐ 其他服務內容：_____ 6. ☐ 以上皆無
二、醫療機構 1. ☐ 居家護理：_____ 2. ☐ 衛生所： ① ☐ 在宅醫護 ② ☐ 個案管理 ③ ☐ 居家護理 3. ☐ 精神醫療： ① ☐ 日間留院 ② ☐ 社區復健中心 ③ ☐ 康復之家 4. ☐ 老人健康檢查 5. ☐ 其他：_____ 6. ☐ 以上皆無
三、教育機構 1. ☐ 書籍費、午餐費、交通費補助 2. ☐ 早期療育 3. ☐ 特殊教育 4. ☐ 在家教育教育代金 5. ☐ 其他：_____ 6. ☐ 以上皆無

第十一部分、機構安置需求評估

一、個案有機構安置需求 0. ☐ 否 1. ☐ 是 （若填否，以下免填）
二、個案評估 1. ☐ 獨居 2. ☐ 技術性護理需求高 3. ☐ 密集日常生活需要完全照護 4. ☐ 個案問題行為 5. ☐ 以上皆無
三、照顧者評估： 1. ☐ 疏忽受虐 2. ☐ 家中無照護人力 3. ☐ 照護品質不佳 4. ☐ 家庭照護負荷過重 5. ☐ 家屬無照護意願 6. ☐ 以上皆無
四、環境評估： 1. ☐ 居家環境不良(衛生) 2. ☐ 居家空間不方便(無障礙設施不足) 3. ☐ 居家環境不安全(居住危險地區) 4. ☐ 以上皆無
五、個案入住機構之意願： 0. ☐ 否 1. ☐ 是 2. ☐ 不適用 家屬之意願：0. ☐ 否 1. ☐ 是

六、建議轉介機構：

失能老人：1. ☐安養機構 2. ☐養護機構 3. ☐長期照護機構

身障者： 1. ☐日間托育 2. ☐住宿養護 3. ☐護理之家

4. ☐其他（特殊學校、職訓…）

第十二部分、照顧計畫

請簡述個案情況及照顧計畫

1.個案狀況摘要 2.問題分析 3.案主與案家期待 4.照顧計畫說明

核定服務項目	服務頻率	建議服務內容	個案及家屬使用意願
☐ 1.居家服務	小時/次 小時/週 小時/月	☐ 家務服務 ☐ 餐飲服務 ☐ 代購物品 ☐ 協助進食 ☐ 陪同散步 ☐ 翻身拍背 ☐ 協助沐浴 ☐ 穿換衣服 ☐ 其他：_____	0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 2.日間照顧 ☐ 交通費(月托)			0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 3.喘息服務- ☐ 居家 ☐ 機構 ☐ 機構喘息交通費	天/年 趟/年		0. ☐ 否 . ☐ 是
☐ 4.居家護理 ☐ 交通費	次/月 趟/月		0. ☐ 否 . ☐ 是
☐ 5.居家職能治療 ☐ 交通費	次/月 趟/月		0. ☐ 否 . ☐ 是
☐ 6.居家物理治療 ☐ 交通費	次/月 趟/月		0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 7.社區職能治療	次/月		0. ☐ 否 . ☐ 是
☐ 8.社區物理治療	次/月		0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 9.居家無障礙環境改善	次/年		0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 10.老人營養餐飲服務			0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 11.緊急救援通報系統服務			0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 12.在宅醫護			0. ☐ 否 . ☐ 是

☐ 13.居家營養	次/年		0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 14.居家藥師	次/年		
☐ 15.交通接送服務			0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 16.機構服務（評估）		☐ 長期照護型機構 ☐ 養護型機構 ☐ 失智照顧型機構 ☐ 護理之家 ☐ 精神護理之家 ☐ 其他：_____	0. ☐ 否 1. ☐ 是
☐ 17.除住宿機構服務外，仍無法滿足其需求			
☐ 18.轉介其他資源： ☐ 關懷訪視 ☐ 電話問安 ☐ 中低特照津貼 ☐ 復康巴士 ☐ 早期療育 ☐ 轉介精神科 ☐ 口腔保健 ☐ 新北市輔具資源中心 ☐ 社福中心 ☐ 送餐服務 ☐ 諮詢服務：_____			
☐ 老人輔具：_____ ☐ 其他：_____			
評估者： _____ 業務督導： _____ 完成評估日期： _____			