

## 臺中市政府衛生局家庭照顧者支持性服務個案通報單

通報日期： 年 月 日

通報單位資料			
通報單位		聯絡人	
		聯絡電話	
		傳真號碼	
家庭照顧者基本資料			
照顧者姓名：	生日：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身分證字號：	住家電話：	手機：	
聯絡地址：			
被照顧者基本資料			
被照顧者姓名：	生日： 年 月 日	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
被照顧者福利身分			
福利身分： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有身障生活補助者 <input type="checkbox"/> 榮民			
重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(重大傷病項目： )			
身障手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，舊制手冊，障別 _____ (程度：輕/中/重/極重)			
新制手冊，類別 _____ (程度：輕/中/重/極重)			
個案狀況簡述：			
轉介問題 需求簡述			

### 高負荷家庭照顧者初篩指標

<input type="checkbox"/>	1. 照顧者曾有自殺企圖或自殺意念	1. 照顧者過去曾有自殺企圖，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之想法。
<input type="checkbox"/>	2. 曾有家暴情事	照顧者自述是家庭暴力的施暴者或受暴者，或有暴力意念，不論有無入正式通報紀錄。
<input type="checkbox"/>	3. 沒有照顧替手	負擔每周 20 小時以上主要照顧工作，無其他家人、親友等可以協助者。
<input type="checkbox"/>	4. 需照顧 2 人以上	同時須照顧兩位符合長期照顧或身心障礙條件，生活無法自理的家人。
<input type="checkbox"/>	5. 照顧者本身是病人	1. 照顧者持有身心障礙證明者。 2. 照顧者領有重大傷病卡(含癌症)。 3. 照顧者(曾)罹患骨骼系統疾病致使照顧能力受限者。 4. 經專業人員評估有精神功能異常或障礙者。
<input type="checkbox"/>	6. 照顧失智症者	被照顧者已經醫師確診之失智症患者。
<input type="checkbox"/>	7. 年紀大的照顧者	照顧者年紀大於 65 歲者。
<input type="checkbox"/>	8. 申請政府資源但不符資格	已申請政府資源，例如救助身份、長照服務等，但不符合資格，無法取得相關資源。
<input type="checkbox"/>	9. 照顧情境有改變	3 個月內照顧者出現緊急醫療需求或處於外籍看護工空窗期等突發狀況，致照顧負荷增加。
<input type="checkbox"/>	10. 過去無照顧經驗者	過去無照顧經驗者 過去無照顧經驗且受傳統文化等因素影響，致出現高照顧負荷情形卻不易開口求助者，如男性照顧者。

是否同意進行通報：同意      不同意

通報人員：

單位主管：

臺中市家庭照顧者資源服務中心：電話(04)2292-5126、傳真：(04)2291-0546

電子郵件信箱:stellafamilycenter@gmail.com

### 臺中市政府衛生局家庭照顧者支持性服務 回覆單

回復日期： 年 月 日

受理單位資料			
受理單位			聯絡人
			聯絡電話
			傳真號碼
照顧者姓名			被照顧者姓名
處理情形	<input type="checkbox"/> 收案 <input type="checkbox"/> 不收案 <input type="checkbox"/> 其他，說明：_____		

承辦人員：

單位主管：

