

107 年度彰化縣長期照顧專業服務實施計畫

一、目的：

提供可近性、便利性的醫事照護服務，提高失能民眾日常生活功能獨立自主的能力，協助患者增進功能獨立並融入社會，以減少長期照護需求並增進生活品質。

二、實施日期：

自 107 年 1 月 1 日起至 107 年 12 月 31 日止。

三、依據：

直轄市、縣(市)政府辦理長期照顧服務提供者特約簽訂及費用支付作業要點、長期照顧(照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障環境改善服務)給付及支付基準。

四、服務對象：

長照服務請領資格應為長照需要等級第2級(含)以上者，且符合下列情形之一者：

- (一) 65 歲以上老人。
- (二) 領有身心障礙證明(手冊)者。
- (三) 55-64 歲原住民。
- (四) 50 歲以上失智症者。

五、長期照顧專業服務提供者特約資格：

- (一) 居家式服務類長照服務機構
- (二) 社區式服務類長照服務機構
- (三) 機構住宿式服務類長照服務機構
- (四) 醫事機構、護理機構、醫療法人
- (五) 財團法人、非營利社團法人或其他非營利人民團體

六、長期照顧專業服務組合表(C 碼)：

- (一) 照顧組合及編碼：
 1. IADLs 復能照護(CA01-02)
 2. ADLs 復能照護(CA03-04)
 3. 社區適應(CA05-06)
 4. 營養照護(CB01)
 5. 進食與吞嚥照護(CB02)
 6. 困擾行為照護(CB03)
 7. 臥床或長期活動受限照護(CB04)

8. 居家環境安全或無障礙空間規劃(CC01)

9. 居家護理訪視(CD01)

(二)專業服務給付額度及部分負擔比率表：

依據衛生福利部公告之長期照顧(照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障環境改善服務)給付及支付基準。

長照需求等級	專業服務(月)適用 C 碼			
	給付額度(元)	部分負擔比率 (%)		
		低收入戶	中低收入戶	一般戶
第 2 級	10,020	0	5	16
第 3 級	15,460			
第 4 級	18,580			
第 5 級	24,100			
第 6 級	28,070			
第 7 級	32,090			
第 8 級	36,180			

七、派案原則：

照顧管理專員提供特約服務單位名單，長照服務使用者得自行選定特約之單位提供服務，並由照管中心或社區整合型服務中心依據長照需要者之意願照會至服務提供者。

八、專業服務補助原則：

(一) 政策性鼓勵服務費用：政府全額補助，民眾不需部分負擔。

編號	照顧組合	組合內容及說明	給(支)付價格(元)
AA05	照顧困難之服務加計	1. 內容：符合以下情形之一者，得於提供服務時加計費用，並每日以一次為限： (1)長照需要者曾有抗拒照顧或有攻擊行為。 (2)長照需要者罹患之疾病具有傳染性或特殊身體狀況，增加照顧困難度。 (3)經長照需要等級評定為第5級以上，且為慢性精神病、自閉症、智能障礙、腦性麻痺、失智症、脊髓損傷及罕見疾病之身心障礙者，增加照顧困難度。 2. 本組合以日為加計單位。	100

編號	照顧組合	組合內容及說明	給(支)付價格(元)
		3. 本組合限提供照顧服務及專業服務、喘息服務加計。 4. 本組合不扣「個人額度」。	
AA08	晚間服務	1. 於晚間提供照顧及專業服務(晚上8點至晚上12點)時加計。 2. 1日為1給(支)付單位。 3. 同日AA08及AA09不得同時申請。 4. 本組合不扣「個人額度」。	385
AA09	例假日服務	1. 於週六、週日或國定假日提供照顧及專業服務時加計。 2. 1日為1給(支)付單位。 3. 同日AA08及AA09不得同時申請。 4. 本組合不扣「個人額度」。	770
AA10	夜間緊急服務	1. 於晚上12點至隔日6點緊急提供非照顧計畫既定之照顧及專業服務加計。 2. 1日為1給(支)付單位。	1,000

(二) 專業服務費用：

編號	照顧組合	組合內容	給(支)付價格(元)
CA01	IADLs復能照護--居家	3次訪視(含評估)為1給(支)付單位。	4,500
CA02	IADLs復能照護--社區	3次措施(含評估)為1給(支)付單位。	4,050
CA03	ADLs復能照護--居家	3次措施(含評估)為1給(支)付單位。	4,500
CA04	ADLs復能照護--社區	3次措施(含評估)為1給(支)付單位。	4,050
CA05	社區適應--居家	4次措施(含評估)為1給(支)付單位。	6,000
CA06	社區適應--社區	4次措施(含評估)為1給(支)付單位。	5,400

CB01	營養照護	4次措施（含評估）為1給（支）付單位。	4,000
CB02	進食與吞嚥照護	6次措施（含評估）為1給（支）付單位。	9,000
CB03	困擾行為照護	3次措施（含評估）為1給（支）付單位。	4,500
CB04	臥床或長期活動受限照護	6次措施（含評估）為1給（支）付單位。	9,000
CC01	居家環境安全或無障礙空間規劃	2次措施（含評估）為1給（支）付單位。	2,000
CD01	居家護理訪視	1次措施（含評估）為1給（支）付單位。	1,300

九、服務紀錄：

- (一) 長照服務提供者應於每月 5 日前將服務紀錄登打至「衛生福利部照顧服務管理資訊平台」，次月 5 日照管中心將進行服務紀錄鎖定，屆時服務紀錄將無法修正。
- (二) 每月請款資料，應與「衛生福利部照顧服務管理資訊平台」相關照會與核銷紀錄資料一致。
- (三) 長照服務提供者應配合中央政策接受「衛生福利部照顧服務管理資訊平台」教育訓練，並遵守操作規定。

十、服務品質管理：

- (一) 服務使用者首次接受服務時，服務提供者應核對使用者身分證明文件，其有冒名接受服務時，應拒絕提供服務；其身分變更時，應通知本局。
- (二) 服務提供者提供服務事後應完成服務紀錄，並應依法保存。
- (三) 服務單位不得以人力不足或其他不當理由拒絕。
- (四) 服務品質抽審：服務提供者應接受主管機關不定期以電話抽樣訪問個案或家屬有關接受服務之概況、服務次數、服務日期和滿意度，檢視是否與服務提供者之申報文件相互符合。
- (五) 異常事件通報：針對個案於使用服務期間遇有異常事件狀況，服務提供者均應透過衛生福利部照顧服務管理資訊系統中進行線上異常事件通報，且服務個案過程中，如有緊急意外發生時，亟需先以電話通報主管機關。
- (六) 聯繫會議及臨時會議：服務提供者應配合主管機關通知，派員出席相關教育

訓練或長照相關聯繫會議。

- (七) 服務提供者訪查輔導：主管機關對於喘息服務辦理情形得不定時進行訪查輔導，本年度訪查結果，將列入明年度計畫及契約參酌。
- (八) 針對使用長期照護服務之個案，必要時合約單位應配合主管機關各項長期照護資源盤點或服務執行調查，填寫個案使用服務概況，俾利分析統計。
- (九) 服務提供者對個案提供服務時，不得有下列行為：
 1. 遺棄、身心虐待、歧視、傷害、違法限制個案人身自由或其他侵害其權益之行為。
 2. 侵害個案及其家屬隱私權。
 3. 因個案之性別、出生地、種族、宗教、教育、職業、婚姻狀況、生理狀況而為歧視或不公平待遇。
 4. 向個案推銷、販售、借貸及不當金錢往來之行為。
 5. 假借廣告名義，行招攬服務。
 6. 巧立名目向民眾收取費用。凡參與本項計畫之單位與人員，不得借此服務向個案、家屬介紹或推銷購買相關保健產品、藥物、保險…，經查屬實，立即終止合約。
- (十) 保密原則：服務提供者對個案資料有保密之義務，非經個案本人或法定代理人或機關同意，不得將之提供第 3 人或對外公開。

十一、經費申請程序：

本局合約服務提供者每月 10 日前正式函文檢具下列資料向本局請款，經本機關確認無誤後支付服務費用。

- (一) 契約書影本。但申報前一個月曾有申報紀錄者，免附。
- (二) 領款收據(附件 1)。
- (三) 長照服務提供者服務費用申報總表(附件 2)。
- (四) 服務費用項目清冊(附件 3)。
- (五) 醫事照護服務服務紀錄(附件 4)
- (六) 部分負擔金額以照顧組合表之價格依比率計算，若有小數點，則無條件捨去並由長照機構或其他服務提供者於服務提供後收取。

十二、成果報告：

- (一) 服務提供者應於 108 年 1 月 31 日前（以機關收文日期為主）函送成果報告一份辦理書面確認，若無個案則免交成果報告。當日為機關之辦公日，但機關因故停止辦公致未達原定截止時間者，以次一辦公日之同一截止時間代之，當日為星期例假日、國定假日或其他休息日者，以其休息日之次一辦公日代之。
- (二) 成果報告應依本局所訂格式撰寫及繕印(附件 5)。

十三、以上未盡事宜，得隨時修正之。

107 年度長期照顧專業服務補助 收 據

茲收到彰化縣衛生局 年 月長期照顧專業服務補助費，計新台幣
_____元確實無訛。

專業服務機構名稱：

負責人：

地址：

統一編號：

匯入戶名：

解款行(註明金融機構名稱及分行)：

解款行代號(7 碼)：

匯款帳號：

會計：

經手人：

機 構
關 防

中 華 民 國 年 月 日

特約 居家式 社區式 住宿式 綜合式 家庭照顧者支持服務 長照服務提供者服務費用申報總表

附件 2

t01 服務提供者		t02 費用年月		t03 申報方式			t04 申報類別			t05 發文日期	收文日期
(代碼)	(名稱)	年	月	1 <input type="checkbox"/> 書面	2 <input type="checkbox"/> 網路	3 <input type="checkbox"/> 媒體	1 <input type="checkbox"/> 送核	2 <input type="checkbox"/> 補報	3 <input type="checkbox"/>	年 月 日	年 月 日

服 務 項 目 類 別			申 報 費 用 (單位：元)		負責人姓名：	
照 顧 組 合	A 碼	照 顧 管 理	t06		服務提供者地址： 電話： 印信：	
		政 策 鼓 勵	t07			
	B 碼	居 家 照 顧 服 務	t08			
		日 間 照 顧 服 務	t09			
		家 庭 托 顧 服 務	t10			
		社 區 式 照 顧	t11			
	C 碼	專 業 服 務	t12			
	D 碼	交 通 接 送 服 務	t13			
	E 碼	輔 具 服 務	t14			
	F 碼	居 家 無 障 礙 環 境 改 善 服 務	t15			
	G 碼	家 庭 照 顧 者 支 持 性 服 務 - 喘 息 服 務	t16			
	申 報 費 用 (含 部 分 負 擔 費 用)		t17			
	僅 部 分 負 擔 費 用		t18			
	申 請 (補 助) 費 用 合 計 (t 1 7 - t 1 8)		t19			
非 照 顧 組 合	營 養 餐 飲 服 務 (膳 費)		t20			
	縣 市 政 府 補 助 費 用		t21			
	其 他 服 務		t22			
	小 計		t23			
總 計 (t 1 9 + t 2 3)			t24			
本 次 申 報 起 迄 日 期			t25	本次申報起日期 年 月 日	本次申報迄日期 年 月 日	
注意事項	一、使用本表得免另行辦函，請填送一式二份。 二、書面或網路申報服務費用者，應檢附本表及服務費用項目清冊(清冊請自『照顧服務管理資訊平臺』產出)。 三、媒體申報服務費用者，應檢附本表、服務費用項目清冊(清冊請自『照顧服務管理資訊平臺』產出)及送媒體。 四、本表申請項目範圍，除營養餐飲服務之膳費外，不包含本部「107年度長照服務發展基金政策性獎助經費申請作業規定暨獎助項目及基準」之獎助居家服務、日間照顧等相關費用。 五、本表各欄位請依填表說明填寫。					

填表說明：

- 1、欄位 t01 為服務提供者特約代碼及名稱。
- 2、欄位 t02 第 1、2、3 碼為民國年份，第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。
- 3、欄位 t03 申報方式分為 1:書面；2:網路；3:媒體
- 4、欄位 t04 申報類別分為 1:送核；2:補報
- 5、欄位 t05 第 1、2、3 碼為民國年份，第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。
- 6、欄位 t06 為照顧組合編號 AA01~AA02 之申報費用加總。
- 7、欄位 t07 為照顧組合編號 AA03~AA10 之申報費用加總。
- 8、欄位 t08 為照顧組合編號 BA01~BA22 之申報費用加總。
- 9、欄位 t09 為照顧組合編號 BB01~BB14 之申報費用加總。
- 10、欄位 t10 為照顧組合編號 BC01~BC14 之申報費用加總。
- 11、欄位 t11 為照顧組合編號 BD01~BD03 之申報費用加總。
- 12、欄位 t12 為照顧組合編號 C 之申報費用加總。
- 13、欄位 t13 為照顧組合編號 D 之申報費用加總。
- 14、欄位 t14 為照顧組合編號 E 之申報費用加總。
- 15、欄位 t15 為照顧組合編號 F 之申報費用加總。
- 16、欄位 t16 為照顧組合編號 G 之申報費用加總。
- 17、欄位 t17 為欄位 t06~t16 之申報費用加總。
- 18、欄位 t18 為申報費用清單段之部分負擔費用加總。
- 19、欄位 t19 為申報費用(t17)扣除部分負擔費用(t18)之加總。
- 20、欄位 t20 為營養餐飲服務(膳費)之補助費用加總。
- 21、欄位 t21 為縣市政府額外補助照顧組合 A~G 之費用加總。
- 22、欄位 t22 為非屬欄位 t06~t16、t20~t21 之補助費用加總。
- 23、欄位 t23 為欄位 t20~t22 之補助費用加總。
- 24、欄位 t24 為欄位 t19 與 t23 之加總。
- 25、欄位 t25 第 1、2、3 碼為民國年份，第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。
- 26、支付費用將依照照顧組合表之「給(支)付價格(元)」欄位之金額計算。(若個案居住於原住民族地區及離島且接受服務，將依原民區或離島支付價格計算費用)

機 構
大 章

服務費用項目清冊

服務代碼	服務項目	身分證號	個案姓名	服務日期	次數	單價	費用	補助比例	補助金額	服務單位	政策加成 編號	政策加成 費用

製表人：

會計/出納：

單位主管：

107 年彰化縣居家復健醫師評估表

居家復健服務

個案姓名：_____ 身分證號碼：_____ 性別： 男 女
出生年月日：__年__月__日 診察日期：__年__月__日
住址：_____ 連絡電話：_____

(1) 醫學診斷：

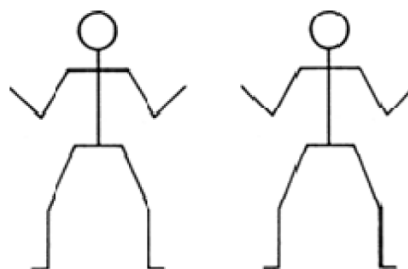
- 腦中風 (栓塞 出血) 髖骨骨折 患側 左 右 雙側
- 其他診斷 _____

(2) 理學檢查

- 1. 心理狀態：清醒 混亂 昏睡 昏昏欲睡 遲鈍 麻木 昏迷
- 2. 遵從指令：好 還好 無法
- 3. 認知能力：好 還好 無法
- 4. 吞嚥能力：好 還好 無法 鼻胃管
- 5. 語言能力：完整 構音困難 氣切管
- 6. 大小便能力：可控制 失禁 尿管
- 7. 軀幹控制能力：(幾近或完全臥床)
翻身：獨立 部分協助 需大量協助
坐站：獨立 部分協助 需大量協助
坐姿平衡：好 還好 無法
起身：獨立 部分協助 需大量協助
站姿平衡：好 還好 無法
步行：獨立 部分協助 需大量協助

8. 肌力

9. 肌肉張力



(3) 居家狀況

主要照顧者：外傭 配偶 子女 其他_____ 居住樓層：__樓 電梯：有 無
外出：方便 尚可 不便 外出工具：輔助行走 輪椅 車輛 其他_____

(4) 復健目標

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 物理治療 | <input type="checkbox"/> 職能治療 | <input type="checkbox"/> 語言治療 |
| <input type="checkbox"/> 減緩疼痛 | <input type="checkbox"/> 預防肢體僵硬 | <input type="checkbox"/> 增加聽理解能力 |
| <input type="checkbox"/> 減緩腫脹 | <input type="checkbox"/> 姿勢平衡與移位安全 | <input type="checkbox"/> 改善口語表達功能 |
| <input type="checkbox"/> 預防關節攣縮 | <input type="checkbox"/> 促進上肢動作 | <input type="checkbox"/> 建立非語言的溝通管道 |
| <input type="checkbox"/> 避免肌肉萎縮 | <input type="checkbox"/> 日常活動部分獨立 | <input type="checkbox"/> 預防吸入性肺炎 |
| <input type="checkbox"/> 促進軀幹控制 | <input type="checkbox"/> 日常活動完全獨立 | <input type="checkbox"/> 安全管灌餵食及吞嚥技巧 |
| <input type="checkbox"/> 獨立行走(須輔具) | <input type="checkbox"/> 其它：_____ | <input type="checkbox"/> 其它：_____ |

(5) 復健處方

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 物理治療 | <input type="checkbox"/> 職能治療 | <input type="checkbox"/> 語言治療 |
| 每(<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週)____次 | 每(<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週)____次 | 每(<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 週)____次 |
| 治療項目： | 治療項目： | 治療項目： |
| <input type="checkbox"/> 被動關節運動 | <input type="checkbox"/> 被動關節運動 | <input type="checkbox"/> 聽能瞭解訓練 |
| <input type="checkbox"/> 神經肌肉電刺激 | <input type="checkbox"/> 減痙攣活動 | <input type="checkbox"/> 口語訓練 |
| <input type="checkbox"/> 運動治療 | <input type="checkbox"/> 活動治療 | <input type="checkbox"/> 認讀訓練 |
| <input type="checkbox"/> 肌力訓練 | <input type="checkbox"/> 安全轉移位訓練 | <input type="checkbox"/> 高階層認知訓練 |
| <input type="checkbox"/> 姿勢訓練 | <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 | <input type="checkbox"/> 口腔動作訓練 |
| <input type="checkbox"/> 行走訓練 | <input type="checkbox"/> 協調功能訓練 | <input type="checkbox"/> 觸覺肌動法 |
| <input type="checkbox"/> 安全轉移位訓練 | <input type="checkbox"/> 掌指功能訓練 | <input type="checkbox"/> 發音部位法 |
| <input type="checkbox"/> 神經肌肉促進技術 | <input type="checkbox"/> 日常活動功能訓練 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 平衡訓練 | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |
| <input type="checkbox"/> 心肺耐力訓練 | | |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |

家屬簽名：_____

醫師簽名：_____ 機構章戳：_____

治療紀錄

	物理治療	職能治療
第一次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第一次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
第二次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第二次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
第三次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第三次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他

	物理治療	職能治療
第四次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第四次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
第五次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第五次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
第六次治療日期	年 月 日	年 月 日
家屬簽名/治療師簽名	/	/
第六次治療內容	<input type="checkbox"/> 改善關節活動度 <input type="checkbox"/> 增加肌力 <input type="checkbox"/> 改善平衡能力 <input type="checkbox"/> 床上翻身擺位 <input type="checkbox"/> 加強心肺耐力 <input type="checkbox"/> 行走訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <input type="checkbox"/> 上下肢功能訓練 <input type="checkbox"/> 手部活動訓練 <input type="checkbox"/> 姿勢與移位訓練 <input type="checkbox"/> 被動關節活動 <input type="checkbox"/> 知覺與認知訓練 <input type="checkbox"/> 輔具追蹤評估 <input type="checkbox"/> 其他
服務提供單位：		服務提供單位章戳

彰化縣長期照顧專業服務紀錄單

個案姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	電話		服務日期	年 月 日
連絡地址				家屬簽名	
身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 長照低收(未達 1.5 倍) <input type="checkbox"/> 長照中低收(1.5-2.5 倍) <input type="checkbox"/> 一般戶				
專業類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> _____				
照顧組合類別	<input type="checkbox"/> CA01 IADLs 復能照護--居家 <input type="checkbox"/> CA02 IADLs 復能照護--社區 <input type="checkbox"/> CA03 ADLs 復能照護--居家 <input type="checkbox"/> CA04 ADLs 復能照護--社區 <input type="checkbox"/> CA05 社區適應--居家 <input type="checkbox"/> CA06 社區適應--社區 <input type="checkbox"/> CB01 營養照護 <input type="checkbox"/> CB02 進食與吞嚥照護 <input type="checkbox"/> CB03 困擾行為照護 <input type="checkbox"/> CB04 臥床或長期活動受限照護 <input type="checkbox"/> CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃 <input type="checkbox"/> CD01 居家護理訪視				
服務內容	<p>(1)評估--觀察與確認照護需求：</p> <p>(2)指導措施及紀錄：</p> <input type="checkbox"/> 各種依個案需求護理措施指導 <input type="checkbox"/> 一般身體檢查評估 <input type="checkbox"/> 介紹適當社會資源 <input type="checkbox"/> 其他依民眾需求之各項指導 <input type="checkbox"/> 返診聯繫 <input type="checkbox"/> 吞嚥訓練 <input type="checkbox"/> 膀胱訓練 <input type="checkbox"/> 提供照護資訊(含出院照護技巧指導) <input type="checkbox"/> 其它 _____				
	<p>(3)管路概述：</p> <input type="checkbox"/> 無管路 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 氣切管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 傷口引流管 <input type="checkbox"/> 造瘻部位 <input type="checkbox"/> 氧氣治療 <input type="checkbox"/> 其它 _____				

107 年度長期照顧專業服務成果報告

附件 5

一、 單位名稱：

二、 計畫案名稱：

三、 執行期程：

四、 執行成效

服務人數及人日數：

身份別	一般戶	中低收入戶	低收入戶
人數			
人日數			
申請喘息服務補助金額			

五、 結論與優缺點改善事項：

六、 服務滿意度情形：

七、 其他說明及建議：

填表人職稱、簽章：

填 具 日 期 ： 中 華 民 國 年 月 日