

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 109 年 1 月 1 日起至 109 年 12 月 31 日止。

三、依據：

直轄市、縣(市)政府辦理長期照顧特約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、長期照顧專業特約服務單位特約資格：

- (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) 老人福利機構、身心障礙福利機構
- (五) 醫事機構、護理機構、醫療法人
- (六) 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. 個別化服務計畫(ISP)擬定與執行 (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)
10. 居家護理指導與諮詢(CD02)

(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特約服務單位。

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(疥瘡、肺結核、梅毒)，增加照顧困難度。 (3) 長照需要者為領有身心障礙證明(手冊)之慢性精神病患者、自閉症者、智能障礙者及失智症者，增加照顧困難度。	200

編號	照顧組合	組合內容及說明	給(支)付價格(元)
		(4) 50 歲以上經確診之失智症者。 (5) 經長照需要等級評定為第5 級以上，且為領有身心障礙證明(手冊)之、頑性(難治型)癲癇症者、植物人及罕見疾病患者，增加照顧困難度。 (6) 長照需要者為領有身心障礙證明(手冊)，且證明中 ICD 診斷碼註記(腦性麻痺患者：G80；脊髓損傷者：S14、S24、S34)、領有全民健康保險重大傷病證明、或經醫療機構開立診斷證明書之腦性麻痺患者及脊髓損傷者，增加照顧困難度。 2. 本組合以日為加計單位。 3. 本組合限提供照顧服務(BA16 代購或代領或代送服務除外)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、喘息服務時加計。 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	個別化服務計畫（ISP）擬定與執行--居家	4次措施（含評估）為1給（支）付單位。	6,000
CA06	個別化服務計畫（ISP）擬定與執行—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
CD02	居家護理指導與諮詢	3 次措施(含評估)加1 次評值為1給(支)付單位。	6,000

九、服務紀錄：

- （一）長照特約服務單位應於每月 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）長照特約服務單位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)服務提供單位提供服務前應先與被照顧者完成簽訂契約書，始可提供專業服務。
- (二)服務使用者首次接受服務時，特約服務單位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。
- (三)專業服務考量服務單位雖依照顧計畫提供服務，惟仍負有妥善聯繫之責，對於服務資源耗用較高之項目應更加謹慎，前往案家前應先行與案家連絡確認服務時間，故如仍有訪視未遇之情形，服務單位不得據以申報費用，亦不得向民眾收取部分負擔。
- (四)特約服務單位提供服務事後應完成服務紀錄，並應依有關醫事照護部分，除依醫事法令之規定保存外，應由該長照機構至少保存七年。
- (五)特約服務單位如尚未收到專員或社區整合型服務中心照會資訊，即提供專業服務，請特約服務單位務必於上班日第一天完成已服務個案補照會及額度配額程序。
- (六)服務單位不得以人力不足或其他不當理由拒絕。
- (七)專業特約服務單位不得自行向民眾或家屬索取服務交通費與膳食費用，如發現特約服務單位有上述情形則終止合約關係。
- (八)服務品質抽審：特約服務單位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，檢視是否與特約服務單位之申報文件相互符合。
- (九)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，特約服務單位均應透過衛生福利部照顧服務管理資訊系統中進行線上個案異動通報，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。
- (十)特約服務單位訪查輔導：主管機關對於專業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。
- (十一) 聯繫會議及臨時會議：特約服務單位應配合主管機關通知，每次均須派員出席相關教育訓練或長照相關聯繫會議。
- (十二) 針對使用長期照護服務之個案，必要時服務提供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。
- (十三) 特約服務單位對個案提供服務時，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、性傾向、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。

7. 每月申報有不實核銷之情事。

8. 拒絕輔導查核之行為。

9. 未配合主管機關出席相關教育訓練或長照相關聯繫會議。

(十四) 保密原則：特約服務單位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、退場機制：

若有上述十、服務品質管理項次(十三)之情事，主管機關予扣點乙次，當年度累計達 3 次者，除解除特約外且次年度取消特約資格。

十二、經費申請程序：

本局合約特約服務單位每月 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。(六)~(八)由特約服務單位留存於各單位。

(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一式兩份(附件 2)。

(四)服務費用項目清冊(附件 3)。

(五)A 碼項目清冊(附件 4)

(六)居家復健醫師評估表(附件 5)

(七)長期照顧專業服務紀錄單(附件 6)

(八)長期照顧專業服務評估單(附件 7)

(九)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特約服務單位於服務提供後收取。

十三、成果報告：

(一)特約服務單位應於 110 年 1 月 15 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 8)。

十四、本計畫為契約書之附件，如有未盡事宜，得隨時補充修訂之。

收 據

茲收到彰化縣衛生局 年 月長期照顧專業服務補助費，計新臺幣
 元確實無訛。

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
 -----存--簿--封--面--影--本--黏--貼--處-----

特約 長照服務提供者服務費用申報總表

服務提供者		申報年月
(代碼)		年 月

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		服務提供者地址：
		政策鼓勵		
	B碼	居家照顧服務		電話：
		日間照顧服務		印信：
		家庭托顧服務		
		社區式照顧		
	C碼	專業服務		
	D碼	交通接送服務		
	G碼	家庭照顧者支持性服務-喘息服務		案號：
		申報費用(含部分負擔費用)(1)		版本：
		僅部分負擔費用(2)		產表日期：
		申請(補助)費用(1)-(2)		
非照顧組合		營養餐飲服務(膳費)		簽證號：
		縣市政府補助費用		
		其他服務		
		小計		
合計				
撥付總額				
本次費用月份：10810				
注意事項	<p>一、使用本表得免另行辦函，請填送一式二份。(一份長照科留存，另一份會計室留存) 承辦人員簽章： 單位主管簽章：</p> <p>二、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或自建系統』列印)。</p> <p>三、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。</p>			

機 構
關 防



各月份服務費用申報清單

服務月份：			
服務項目類別			申報費用（單位：元）
照顧組合	A碼	照顧管理	
		政策鼓勵	
	B碼	居家照顧服務	
		日間照顧服務	
		家庭托顧服務	
		社區式照顧	
	C碼	專業服務	
	D碼	交通接送服務	
	G碼	家庭照顧者支持性服務-喘息服務	
	申報費用（含部分負擔費用）（1）		
僅部分負擔費用（2）			
非照顧組合	營養餐飲服務（膳費）		
	縣市政府補助費用		
	其他服務		
	小計（3）		
合計(108/10) (1)-(2)+(3)			

服務費用項目清冊

案號：

版號：

產製時間：

服務代碼	採用計畫	CMS等級	服務項目類別	身分證號	個案姓名	服務日期	次數	給(支)付價格	申報費用	原民區或離島支付價格	部分負擔比率	部分負擔費用	補助比率	申請(補助)費用	原民區或離島申請(補助)費用	實際補助金額	服務單位	居住縣市	居住行政區	照管專員	服務人員

總計

製表人：

會計/出納：

單位主管：

機 構

關 防

說明：

1. 申報費用：次數與給(支)付價格相乘。
2. 申請(補助)費用：申報費用扣除部分負擔費用。
3. 原民區或離島申請(補助)費用：原民區或離島支付價格扣除部分負擔費用

A 碼項目清冊

案號：

版號：

產製時間：

序號	服務 代碼	採用 計畫	CMS 等級	服務項目類別	身分證號	個案 姓名	給付價格	數量	小計	備註	服務 單位	居住縣市	居住行政區	照管專員

總計

製表人：

會計/出納：

單位主管：

機 構

關 防

109 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
 出生日期：_____年_____月_____日 診察日期：_____年_____月_____日
 住址：_____ 連絡電話：_____

(1) 醫學診斷

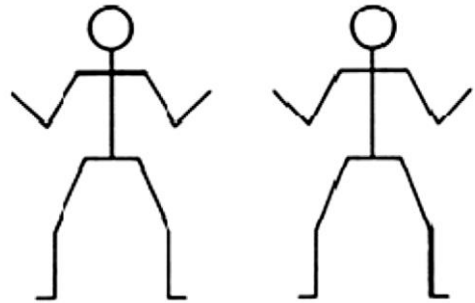
- ☐腦中風 (☐栓塞 ☐出血) ☐髖骨骨折 (患側 ☐左 ☐右 ☐雙側)
☐其他診斷_____

(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 ☐部份協助 ☐需大量協助
 坐站：☐獨立 ☐部份協助 ☐需大量協助
 坐姿平衡：☐好 ☐還好 ☐無法
 起身：☐獨立 ☐部份協助 ☐需大量協助
 站姿平衡：☐好 ☐還好 ☐無法
 步行：☐獨立 ☐部份協助 ☐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(需輔具) | <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

(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： | | |
| <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：_____

彰化縣長期照顧專業服務紀錄單(適用長照給付碼 CA01-CC01)

個案姓名		身分證字號		電話	
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				
服務日期	年 月 日		服務起訖時間		____時__分，至____時__分
評估-觀察與確認 服務需求	當次服務日期個案狀況： 1. 主訴、能力狀況 2. 常規日常生活活動、行動功能、認知功能				
指導措施	<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_____				
服務紀錄	範例： 提供服務的方式 一、口腔運動練習 1. 舌頭運動：前伸-後縮，提供 5 回 2. 呼吸協調運動：左-右嘴角，提供 5 回 3. 發聲練習 . . . 二、提醒個案杯子喝水或喝水時，閉氣不能笑，以保護(液體、嗆咳之風險)進食安全。 三、.. 四、此次服務，個案執行狀況敘述。				
備註	1. 每次均有書面指導紀錄交予個案及主要照顧者。 2. 相關紀錄應依長期照顧服務法或各該專門職業人員法規規定留存。				
個案或主要 照顧者簽章		主要照顧者 與個案關係		服務提供 人員簽章	

彰化縣長期照顧專業服務評估單(適用長照給付碼 CA01-CC01)

個案姓名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話		服務日期	年 月 日
連絡地址				服務起訖時間	___時___分，至___時___分
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 個別化服務計畫(ISP)擬定與執行—居家 <input type="checkbox"/> CA06 個別化服務計畫(ISP)擬定與執行—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				
管路概述	<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_____				
評估	<input type="checkbox"/> 進食問題 <input type="checkbox"/> 洗澡問題 <input type="checkbox"/> 個人修飾問題 <input type="checkbox"/> 穿脫衣物問題 <input type="checkbox"/> 大小便控制問題 <input type="checkbox"/> 上廁所問題 <input type="checkbox"/> 移位問題 <input type="checkbox"/> 走路問題 <input type="checkbox"/> 上下樓梯問題 <input type="checkbox"/> 使用電話問題 <input type="checkbox"/> 購物或外出問題 <input type="checkbox"/> 備餐問題 <input type="checkbox"/> 處理家務問題 <input type="checkbox"/> 用藥問題 <input type="checkbox"/> 處理財務問題 <input type="checkbox"/> 溝通問題 <input type="checkbox"/> 短期記憶障礙 <input type="checkbox"/> 疼痛問題 <input type="checkbox"/> 不動症候群風險 <input type="checkbox"/> 皮膚照護問題 <input type="checkbox"/> 傷口問題 <input type="checkbox"/> 水份及營養問題 <input type="checkbox"/> 吞嚥問題 <input type="checkbox"/> 管路照顧問題 <input type="checkbox"/> 其他醫療照護問題 <input type="checkbox"/> 跌倒風險 <input type="checkbox"/> 安全疑慮 <input type="checkbox"/> 居住環境障礙 <input type="checkbox"/> 社會參與需協助 <input type="checkbox"/> 困擾行為 <input type="checkbox"/> 照顧負荷過重 <input type="checkbox"/> 輔具使用問題 <input type="checkbox"/> 感染問題 <input type="checkbox"/> 其他問題				
個案能力狀況	1. 主訴、主要診斷、醫學診斷/開刀史/用藥、過去病史、目前能力狀況 2. 居家環境描述、家庭狀況(同住者，註明主要照顧者) 3. 常規日常生活活動、行動功能、認知功能				

服務紀錄	<p>短期目標：</p> <p>中期目標：</p> <p>長期目標：</p> <p>範例：</p> <p>服務計畫：以下計畫針對復能目標之做家务及身體及前臂傷口疼痛問題進行介入。</p> <p>A. 長期復能訓練目標：可獨立完成飯前擺設及飯後擦桌、收拾雜物。</p> <p>B. 短期復能訓練目標</p> <p>a. 與照顧者達成共識</p> <p>b. 提升個案參與活動的動機</p> <p>c. 可自己執行運動來舒緩疼痛</p> <p>d. 可從床上或椅子上使用助行器自行起身站立</p> <p>e. 可在使用助行器的情形下獨自從臥室走到餐廳</p> <p>f. 增進個案現實感與時間感</p> <p>備註：依個案目標優先順序填寫計畫。包含個案，及照顧者指導項目。</p>				
初評	<p>1. 評估結果：</p> <p>2. 主要問題：</p> <p>3. 目標：應為「個案/照顧者自行選擇」的「日常生活活動」，分為短期、中期、長期並排序</p> <p>4. 服務計畫：依個案目標優先順序填寫計畫。包含個案，及照顧者指導項目。</p>				
再評/結評	<p>1. 目標：達成情況，是否需新增、維持、調整</p> <p>2. 是否繼續介入</p> <p>(1) 持續介入：撰寫原因(服務半年後，個案要續提供服務，請說明原因)</p> <p>(2) 結案：撰寫計畫起訖時間、服務總月份、服務項目、個案表現變化、結案原因、結案建議(如居家練習、轉介)</p>				
個案或主要 照顧者簽章		主要照顧者 與個案關係		服務提供 人員簽章	

109 度長期照顧專業服務成果報告

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			
申請專業服務補助金額			

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