

南投縣長期照顧專業服務

附件三

(初及結案) 評估表暨服務計畫書

初訂定：108.03.22
第一版修訂：109.10.04
第二版修訂：109.12.25
第三版修訂：112.7.14

服務提供單位：_____ 初次評估日期：_____

初次評估服務人員：_____ 職業類別：_____

主責照專姓名：_____ A單位個管員：_____

-----以下為初次評估時填寫-----

一、個案基本資料：

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		是否聘有外籍看護工	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
長照福利身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收 1.5-2.5 倍 <input type="checkbox"/> 低收入戶(未達 1.5 倍)		
是否領有身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是：第_____類，障礙程度： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
主要聯繫家屬姓名/關係	/	連絡電話	
主要指導對象	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 主要照顧者_____ <input type="checkbox"/> 外看 <input type="checkbox"/> 其他指導對象_____		
CMS 等級	第_____級	照會日期	年 月 日
目前有接受健保復健服務	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	聘有外看	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

照管平臺之專業服務目標管理設定

專業服務代碼	<input type="checkbox"/> CA07-IADLs 復能、ADLs 復能照護 <input type="checkbox"/> CA08-個別化服務計畫(ISP)擬定與執行 <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"/> CD02-居家護理指導與諮詢
專業服務期程/服務組數	服務期程：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日(6個月內須完成) 服務組數：_____組。(總組數至多不超過4組)
個案(或家屬)最希望改善的日常生活活動項目(專業服務目標)	(1)個案或主要照顧者期待或改善的生活參與目標(或最想改善照顧問題)。 (2)指導對象。

二、個案能力狀況(※請依個案現有功能實際表現、居家環境等進行評估)

個案能力狀況與特殊需求	▶ 請依個案個別性撰寫： (1) 主訴、主要診斷/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、溝通表達能力、情緒行為等。 (4) 特殊照護需求(如皮膚問題、營養問題等)。	
主要指導對象(主要照顧者)執行能力	▶ 請視需要評估主要指導對象之照顧技巧，如轉移位技巧、備餐能力等，依實紀錄。	
個案有無使用輔具 <input type="checkbox"/> 無(跳過此題) <input type="checkbox"/> 有(填寫右欄)	輔具使用項目	輔具使用狀況
	1.	<input type="checkbox"/> 需完全指導 <input type="checkbox"/> 需部分指導 <input type="checkbox"/> 可正確使用
	2.	<input type="checkbox"/> 需完全指導 <input type="checkbox"/> 需部分指導 <input type="checkbox"/> 可正確使用
	3.	<input type="checkbox"/> 需完全指導 <input type="checkbox"/> 需部分指導 <input type="checkbox"/> 可正確使用

三、評估及服務計畫

個案或主要照顧者期待或改善的生活參與目標(或最想改善照顧問題)，具體化陳述「專業服務訓練目標」內容(需包含五大要素)：(1)執行活動(2)執行方式/環境(3)協助程度(4)時限性(5)可測量性及專業服務照顧計畫。

序號	期待或改善生活參與目標/照顧問題	專業服務訓練目標	專業服務訓練目標內容	專業服務計畫
1		短期訓練目標		
		長期訓練目標 (等同結案目標)		
2		短期訓練目標		
		長期訓練目標 (等同結案目標)		

3	短期訓練目標		
	長期訓練目標 (等同結案目標)		
雙方共同確認核章	個案/家屬簽章：_____ 簽章日期：民國____/____/____ 服務人員簽章：_____ 簽章日期：民國____/____/____		

----- 以下為結案時填寫 -----

四、結案評值及原因

結案日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
自我評值(滿意度及表現)	服務介入「前」目標活動執行情形(最差1分,最佳10分): _____ 服務介入「後」目標活動執行情形(最差1分,最佳10分): _____
結案及建議	<input type="checkbox"/> 1. 達服務目標並由案家居家練習 <input type="checkbox"/> 2. 個案狀況變化致無法繼續 <input type="checkbox"/> 3. 個案/案家拒絕 <input type="checkbox"/> 4. 個案/案家無動機 <input type="checkbox"/> 5. 建議轉介其他長照服務或醫療資源: _____ <input type="checkbox"/> 6. 其他, 請說明: _____
專業服務訓練之個人層次 或指導對象習得成效	個案於服務期滿後之活動表現情形: 對於所訂目標之執行現狀描述, 並得對於未來執行活動之方式進行建議如 居家練習內容、頻率等..
雙方共同確認核章	個案/家屬簽章：_____ 簽章日期：民國____/____/____ 服務人員簽章：_____ 簽章日期：民國____/____/____

備註：

1. 此為個案專業服務初次評估及結案皆須完成，每1個案1式1份。
2. 執行第1次及最後1次服務「次日起算3個工作天」內需完成該服務計畫書，並內交至A個管，由A個管確認後上傳至照管平臺備查。