(服務單位名稱)

**附件五**

**附件四**

長期照顧專業服務居家指導紀錄表

專業服務提供單位/人員： 連絡電話：

個案姓名： 出生年月日：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 短期訓練目標 | (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 | | | |
| 長期訓練目標  （等同結案目標） | (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 | | | |
| 服務日期/時間 | 上次指導內容習得情形 | 交付居家練習作業內容/注意事項  (應淺顯易懂且明確，可以說明或圖示呈現，且需含活動執行頻率、時間及注意事項) | 執行紀錄與狀況(主要照顧者或照顧服務員填寫/簽名) | 備註 |
|  | 第一次評估勿需填寫此欄位 |  |  |  |
|  | □已學會  □尚未學會，  原因： |  |  |  |
|  | □已學會  □尚未學會，  原因： |  |  |  |
|  | □已學會  □尚未學會，  原因： |  |  |  |