

# 宜蘭縣「家庭照顧者支持性服務轉介單」

轉介日期：      年      月      日

轉介資料					
轉介來源	<input type="checkbox"/> 1. 自行求助 <input type="checkbox"/> 2. 長照所 <input type="checkbox"/> 3. 社政單位 <input type="checkbox"/> 4. 衛政單位 <input type="checkbox"/> 5. 醫療單位 <input type="checkbox"/> 6. 教育單位 <input type="checkbox"/> 7. 勞政單位 <input type="checkbox"/> 8. 民政單位 <input type="checkbox"/> 9. 戶政單位 <input type="checkbox"/> 10. 社福機構 <input type="checkbox"/> 11. 其他 _____ (如公司行號)				
轉介人員		E-mail			
單位傳真		單位電話	(   )	分機	
照顧者基本資料與評估(轉介單位填寫)					
姓名		生日	民國__年__月__日		
身分證		就業狀態	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
連絡電話		國 籍	<input type="checkbox"/> A. 本國 <input type="checkbox"/> B. 非本國 _____		
聯繫地址					
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 已婚 <input type="checkbox"/> 3. 離婚 <input type="checkbox"/> 4. 同居 <input type="checkbox"/> 5. 喪偶 <input type="checkbox"/> 6. 分居 <input type="checkbox"/> 7. 其他				
福利身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 低收	照顧起訖年月	民國__年__月		
身心狀況	<input type="checkbox"/> 1. 健康 <input type="checkbox"/> 2. 重大生理疾病 <input type="checkbox"/> 3. 曾尋求心理諮商之資源 <input type="checkbox"/> 4. 曾經看過精神科，診斷或問題：_____ 院所 <input type="checkbox"/> 5. 其他疾病：_____				
照顧人數	人數_____人，關係_____				
被照顧者基本資料(轉介單位填寫)					
姓名		生日	民國__年__月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證		失能等級	_____ 級	被照顧起訖 年月	民國__年__月
與照顧者關係	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 配偶的父親 <input type="checkbox"/> 4. 配偶的母親 <input type="checkbox"/> 5. 兄弟 <input type="checkbox"/> 6. 姊妹 <input type="checkbox"/> 7. 配偶 <input type="checkbox"/> 8. 子女 <input type="checkbox"/> 9. 外籍看護工 <input type="checkbox"/> 10. 其他 _____				
疾病 (自行填寫)					
※備註欄					
主要問題描述： (請簡述對個案的瞭解及評估)					
※個案是否有意願使用家照服務資源， <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否。					

開案指標，須符合下列情形之其中一項：

一、符合指標 1、2 任一項及加上 3~10 中任一項

二、符合指標 3~10 中任 3 項

三、其他經專業人員評估有轉介之必要情形

項目	指標	定義	勾選
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的想法。	<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，不論有無列入正式通報紀錄。	<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。	<input type="checkbox"/>
4	需照顧兩人以上	同時須照顧兩位符合長期照顧或身心障礙條件以致生活無法自理的家人。	<input type="checkbox"/>
5	照顧者本身是病人	照顧者持有身心障礙證明、領有重大傷病卡(含癌症)、(曾)罹患骨骼系統疾病致使照顧能力受限者，或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為失智症患者。	<input type="checkbox"/>
7	高齡照顧者	照顧者的年紀大於 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，例如救助身分、長照服務等，但不符合資格故無法取得相關資源。	<input type="checkbox"/>
9	照顧情境有改變	3 個月內照顧者出現急性醫療需求或處於外籍看護工空窗期等突發性狀況，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。	<input type="checkbox"/>

初篩結果(由服務單位填寫)

初步評估	評估日期：_____年_____月_____日。		
	<input type="checkbox"/> 1. 非屬家庭照顧者服務案件，提供其他諮詢。 <input type="checkbox"/> 2. 符合家庭照顧者服務指標，由據點服務單位提供後續開案服務。 <input type="checkbox"/> 併案進行責任通報。日期：____年____月____日。		
處理摘要	<input type="checkbox"/> 1. 開案，分級評估： <input type="checkbox"/> 一般家庭照顧者服務 <input type="checkbox"/> 高負荷家庭照顧者服務。 <input type="checkbox"/> 2. 不開案，原因： _____。		
初篩人員		業務 主管	

受理方式：寄至公務電子信箱或是傳真至服務據點，並請轉介後電洽確認。

★說明：

1. 只要符合開案指標，即可轉介/照會予本縣照顧者支持服務據點。

2. 本縣家庭照顧支持服務區域及聯絡窗口：

服務單位	單位地址	服務區域	聯絡資訊
財團法人宜蘭縣 私立竹崁身心障 礙養護院	宜蘭縣礁溪鄉六結 路 149 號	頭城鎮、 礁溪鄉、 壯圍鄉	聯絡電話：03-9874661 傳真號碼：03-9874665 電子信箱：ju.an@msa.hinet.net
財團法人一粒麥 子社會福利慈善 事業基金會	宜蘭縣宜蘭市公園 路 455 巷 42 號 2 樓	宜蘭市、 員山鄉、 大同鄉	聯絡電話：03-9252401、0978-787-621 傳真號碼：03-9252531 電子信箱：case.m880@gmail.com
天主教靈醫會醫 療財團法人羅東 聖母醫院	宜蘭縣羅東鎮中正 南路 160 號	羅東鎮、 五結鄉	聯絡電話：03-9544106 分機 6150 或 6149 傳真號碼：03- 9556840 電子信箱：smh07721@smh.org.tw
財團法人蘭智社 會福利基金會	宜蘭縣羅東鎮進德 街 199 號	冬山鄉、 三星鄉	聯絡電話：03-9610137 分機 9 傳真號碼：03-9610128 電子信箱：lanchui2007@yahoo.com.tw
維揚診所	宜蘭縣羅東鎮中山 路四段 11 巷 6 號	蘇澳鎮、 南澳鄉	聯絡電話：03- 9611398 傳真號碼：03- 9611356 電子信箱：wylcclinic@gmail.com

3. 「家庭照顧者支持性服務」包括：個案服務、資源連結與轉介、到宅照顧技巧指導、情緒支持團體、心理協談等，以減輕照顧者身體、心理、社交、工作等層面負荷，維持生活品質。