

連江縣政府老人保護工作評估表

填表日期： 年 月 日

※個案基本資料

姓名：	身分證字號：
性別：1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日（ 歲）
婚姻狀況：1. <input type="checkbox"/> 未婚 2. <input type="checkbox"/> 已婚 3. <input type="checkbox"/> 離婚 4. <input type="checkbox"/> 分居 5. <input type="checkbox"/> 喪偶 6. <input type="checkbox"/> 其他_____	
是否符合長照十年收案對象：0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	
社會福利身份別： (1) 1. <input type="checkbox"/> 一般戶 2. <input type="checkbox"/> 中低收入戶（ 倍） 3. <input type="checkbox"/> 低收入戶（ 款） (2) 是否為榮民、榮譽：0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 (3) 是否有身心障礙手冊：0. <input type="checkbox"/> 沒有 1. <input type="checkbox"/> 申請中 2. <input type="checkbox"/> 有（障別： _____，程度： _____）	
經濟來源：1. <input type="checkbox"/> 子女供應 2. <input type="checkbox"/> 父母供應 3. <input type="checkbox"/> 退休俸_____元/月 4. <input type="checkbox"/> 自己或配偶工作收入_____元/月 5. <input type="checkbox"/> 社會福利補助_____元/月 6. <input type="checkbox"/> 自己儲蓄_____元 7. <input type="checkbox"/> 其他_____	
現居地址：	
聯絡電話：_____ 手機：_____	
案主居住狀況：1. <input type="checkbox"/> 獨居 2. <input type="checkbox"/> 配偶同居 3. <input type="checkbox"/> 子女同住 4. <input type="checkbox"/> 子女家輪流住 5. <input type="checkbox"/> 親友或孫代子女同住 6. <input type="checkbox"/> 其他_____	
是否做過 ADL 量表？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，總分_____ 項目：進食___分、移位___分、如廁___分、洗澡___分、 平地走動___分、穿脫衣褲鞋襪___分、 個人衛生___分、上下樓梯___分、 大便控制___分、小便控制___分	
是否做過 IADL 量表？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 項目：___上街購物、___外出活動、___食物烹調、 ___家務維持、___洗衣服、___使用電話能力、 ___服用藥物、___處理財務能力	
是否做過 SPMSQ 量表？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 心智功能完好 <input type="checkbox"/> 輕度智能缺損 <input type="checkbox"/> 中度智能缺損 <input type="checkbox"/> 嚴重智能缺損	

※老人受虐危險指標

危險等級一 (Level 1)	(1) 是否有立即生命危險。 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 疑似
危險等級二 (Level 2)	(2) 是否被遺棄？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	(3) 老人受到身體傷害(如打、踢、揮拳、以物體或藥物拘束、以刀割刺、鞭打、掐傷等)，於身體上出現瘀青、紅腫、勒痕、傷口及裂傷的程度？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回答「有」者，請勾選下方選項) 傷害位置：_____ 傷害程度： <input type="checkbox"/> 1. 輕微 <input type="checkbox"/> 2. 嚴重 <input type="checkbox"/> 3. 非常嚴重 傷狀描述：如大小、長度
	(4) 老人基本日常生活照顧忽視項目？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回答「有」者，請勾選下方選項，可複選) <input type="checkbox"/> A. 三餐不濟、營養不良或經常食用腐敗食物 <input type="checkbox"/> B. 禦寒衣物不足 <input type="checkbox"/> C. 疥瘡、有明顯異味或衣物被褥髒亂 <input type="checkbox"/> D. 有病未就醫或延誤就醫 <input type="checkbox"/> E. 限制外出自由或拒絕他人探視 <input type="checkbox"/> F. 財產剝奪或限制生活費 <input type="checkbox"/> G. 其他：_____
	(5) 家人對老人吼叫或辱罵？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回答「有」者，請勾選下方選項，可複選) <input type="checkbox"/> 1. 羞辱 <input type="checkbox"/> 2. 恐嚇威脅 <input type="checkbox"/> 3. 責罵
	(6) 老人家表現出情緒低落、恐懼或有自殺意念？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回答「有」者，請勾選下方選項，可複選) <input type="checkbox"/> 1. 情緒低落 <input type="checkbox"/> 2. 恐懼 <input type="checkbox"/> 3. 有自殺意念
危險等級三 (Level 3)	(7) 家人抱怨照顧困難？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(回答「有」者，請勾選下方選項，可複選) <input type="checkbox"/> 1. 常發生爭執 <input type="checkbox"/> 2. 常向朋友/街坊訴苦
	(8a) 家人有藥癮嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (回答「是」者請續答) 對老人已造成傷害？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，(請說明)
	(8b) 家人有酒癮嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (回答「是」者請續答) 對老人已造成傷害？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，(請說明)
	(9) 家中有人患精神疾病嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (回答「是」者請續答)

危險等級三 (Level 3)	對老人已造成傷害？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，(請說明)
	(10)家人為了財產問題爭吵嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(回答「是」者請續答) (10a)老人具有行為能力 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (10b)法院已宣告該老人需「監護或輔助」 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

危險程度	說明	處遇原則
高度危機	危險等級一(Lever1 1)勾選「是」 1項以上者	立即介入處理
中度危機	危險等級二(Lever1 2)勾選「有」 1項以上者	提供緊急求救資訊、必要的照顧服務或照顧者支持服務、安排追蹤處遇計畫
低度危機	危險等級三(Lever1 3)勾選「是」 或「有」1項以上者	依服務使用者的需求予以轉介、提供關懷訪視服務

評估者簽名：_____

主要照顧者評估

填表日期： 年 月 日

※ 主要照顧者係指平時給予個案 ADL 或 IADL 幫助最多者(非僱傭關係者)

<input type="checkbox"/> 無主要照顧者 <input type="checkbox"/> 有主要照顧者同住 <input type="checkbox"/> 有主要照顧者，不與個案同住	
(1) 主要照顧者姓名： _____	
(2) 主要照顧者與個案關係： 1. <input type="checkbox"/> 配偶 2. <input type="checkbox"/> 未婚兒子 3. <input type="checkbox"/> 未婚女兒 4. <input type="checkbox"/> 已婚兒子 5. <input type="checkbox"/> 媳婦 6. <input type="checkbox"/> 已婚女兒/女婿 7. <input type="checkbox"/> 孫子/孫女 8. 父母 9. <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 10. <input type="checkbox"/> 公婆	
(3) 主要照顧者出生/年齡： 年 月 日 / 歲	(4) 主要照顧者性別：1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女
(5) 主要照顧者特殊狀況： 1. <input type="checkbox"/> 在學 2. <input type="checkbox"/> 服兵役 3. <input type="checkbox"/> 持有重大傷病卡： _____ 4. <input type="checkbox"/> 持有身心障礙者手冊： _____ (障別/等級) 5. <input type="checkbox"/> 其他： _____ 6. <input type="checkbox"/> 以上皆無	
(6) 主要照顧者目前就業狀況：1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 全職 3. <input type="checkbox"/> 兼職(部分時間工作)	
(7) 主要照顧者每天照顧時間： 1. <input type="checkbox"/> 全天 2. <input type="checkbox"/> 部分時間(每日平均 _____ 小時， <input type="checkbox"/> 早上 <input type="checkbox"/> 中午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上 <input type="checkbox"/> 假日)	
(8) 主要照顧者照顧個案年月數： _____ 年 _____ 月	
(4) 主要照顧者照顧能力： <input type="checkbox"/> 經濟有困難 <input type="checkbox"/> 缺乏適當照顧老人知能 <input type="checkbox"/> 因病或意外無法照顧老人 <input type="checkbox"/> 家庭有其他需要照顧之成員 <input type="checkbox"/> 入獄、失蹤或死亡 <input type="checkbox"/> 無意願繼續照顧 <input type="checkbox"/> 其他： _____ <input type="checkbox"/> 以上皆無	
(10) 次要照顧者(姓名)： _____ 與個案關係： _____	

評估者簽名： _____