

失智共同照護中心個案服務申請書

失智共同照護中心提供之個案服務，包含協調個案及照顧者需要之照顧服務使用、轉介及追蹤，並依照不同階段所需之生活照顧與醫療照護提供諮詢服務。本人(個案或家屬)同意自申請日起一年內接受個案服務，包含：

- (一) 協調與轉介相關之醫療及照顧服務資源；
- (二) 諮詢服務：除本人依照需求去電諮詢失智共同照護中心外，同意本中心專業人員提供諮詢與追蹤服務；
- (三) 個案服務資料登錄：為接受長期照顧延續性服務，同意本中心專業人員將個案服務資料登錄於失智照護服務系統，資料將包含個案基本資料、照顧者資料、健康層面、諮詢記錄等。

個案如無意願再參與失智共同照護中心所提供的任何服務項目，請與本中心專業人員聯繫，並於終止服務前至少進行一次結束性會談，以保障個案之權益。

我已詳閱並了解本同意書內容，且同意上述事項。

個案簽名：

家屬簽名： (與個案之關係：)

申請日期： 年 月 日

個案基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號		出生日期	年 月 日
	電話		手機	
	居住地址			
	使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語：____ <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日文 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	教育狀態	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字，未受正規教育 <input type="checkbox"/> 國小、特教班(國小) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 國中、特教班(國中) <input type="checkbox"/> 高中(職)、特教班(高中職) <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 大學(二三專) <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	身分別 【可複選】	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明申請中 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明：障別_____等級_____ <input type="checkbox"/> 領有重大傷病卡		
長照或相關服務使用 【可複選】	<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 團體家屋 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 失智社區據點 <input type="checkbox"/> 機構失智專區 <input type="checkbox"/> 長照專業服務 <input type="checkbox"/> 輔具服務 <input type="checkbox"/> 居家無障礙改善 <input type="checkbox"/> 老人餐飲服務 <input type="checkbox"/> 喘息服務 <input type="checkbox"/> 交通接送服務 <input type="checkbox"/> 自聘外籍看護工 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
聯絡人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 女婿 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 鄰里長 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	聯絡電話		是否為照顧者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
照顧者	<input type="checkbox"/> 同聯絡人			
	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	聯絡電話		年齡	
	與被照顧者關係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姐妹 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 女兒/婿 <input type="checkbox"/> 孫子/女 <input type="checkbox"/> 孫媳婦/女婿 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 岳父母 <input type="checkbox"/> 公婆 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 外祖父母 <input type="checkbox"/> 看護(本國籍/外國籍) <input type="checkbox"/> 其他：_____		

下表由專業人員填寫

個案來源	<input type="checkbox"/> 社區篩檢 <input type="checkbox"/> 照管中心 <input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 其他：__		
失智診斷情況	<input type="checkbox"/> 尚未確診 <input type="checkbox"/> 確診為失智症		
確診醫院名稱		醫師姓名	
看診科別		確診日期	年 月 日
失智程度	<input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		
失智症診斷	<input type="checkbox"/> 阿茲海默症/ <input type="checkbox"/> 血管型失智症/ <input type="checkbox"/> 帕金森症的失智症/ <input type="checkbox"/> 額顳葉失智症/ <input type="checkbox"/> 路易體失智症/ <input type="checkbox"/> 創傷性腦傷引起的失智症/ <input type="checkbox"/> 酒精或成癮物質引起的失智症/ <input type="checkbox"/> 人類免疫缺乏病毒的失智症/ <input type="checkbox"/> 庫賈氏症的失智症/ <input type="checkbox"/> 亨汀頓症的失智症/ <input type="checkbox"/> 其他疾病引起的失智症，如神經性病毒、缺 B12 或葉酸或甲狀腺過低/ <input type="checkbox"/> 混合型： <input type="checkbox"/> 不確定或不知道		

民眾接受失智共同照護中心 之個案服務知情同意書

失智照護服務除了失智共同照護中心團隊人員的專業，更需要個案、家屬及照顧者的配合與意願，才能使照護服務發揮到最大的效益。為了順利提供照護服務，請您詳讀以下相關事項：

- 一、 本中心基於個人資料保護法及相關法令之規定下，將蒐集、處理及利用申請者提供之個人資料。若申請者拒絕提供所需之個人資料或提供不完整時，即難以提供所申請之服務項目。
- 二、 依據個人資料保護法第 8 條規定，本中心蒐集、處理及利用申請者之個人資料，目的、資料類別、期間敘明如下：
 - (一) 目的：為提供個案諮詢服務、滿意度調查、或轉介相關之醫療照顧服務及社會福利等相關資源範圍內使用。
 - (二) 個人資料類別：姓名、性別、國民身分證統一編號、聯絡方式等，與其他得以直接或間接方式識別個人之資料。
 - (三) 個人資料利用之期間、地區、對象及方式在中華民國各政府機關(構)、經政府委託或特約之各團體、機構、或經本中心轉介之醫療、社會福利及相關非營利組織團體，運用電腦或非電腦方式取得資料，並依業務或相關法令規定之保存資料。
 - (四) 當事人可依個人資料保護法第 3 條規定行使權利包含查詢、請求閱覽、請求補充更正、停止利用或刪除。

三、 其他記載事項：

如有任何疑問，可洽 臺大醫院雲林分院 失智共同照護中心，聯絡電話：05-5323911#562506。

我已詳閱並了解本同意書內容，且同意上述事項。

個案簽名：

家屬簽名： (與個案之關係：)

專業人員簽名：