

用藥及社會照護與支持評估量表

個案姓名：_____

※ 用藥評估

評估內容	結果	結果說明
1.您每天使用的藥物是否10種(含)以上(包括中藥等任何用藥)? (註：中藥算為1種藥物) 附件6-2	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」者， 1.請長者向原處方醫師進行藥物諮詢。 2.如評估單位訂有用藥評估與整合流程或參與全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫，請評估銜接該流程或計畫作業。
2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、暈倦、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

※ 社會照護與支持評估

評估內容	結果	結果說明
1.個案是否有以下任一項情形 <ul style="list-style-type: none"> • 在屋內的行動有困難 • 上廁所有困難 • 穿衣服有困難 • 洗澡沐浴有困難 • 保持個人整潔有困難 • 進食有困難 	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	答案為「是」者， 請轉介長期照顧管理中心進一步評估長照需求。
2.個案是否有以下任一項情形 <ul style="list-style-type: none"> • 居住地點有困難 • 財務有困難 	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	答案為「是」者， 請轉介社工師或社福資源。
3.個案是否有以下任一項情形 <ul style="list-style-type: none"> • 感覺孤獨 • 平時沒有一定的社交活動，例如從事有興趣的活動、工作、擔任志工等 	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	答案為「是」者， 請轉介社區據點。

機構名稱及代號(蓋章)_____