高雄市立凱旋醫院 精神病病人及家庭支持服務申請單

連絡電話：07-7513171 轉 2146 簡社工師

傳真號碼：(07)713-2160　申請日期：_____ 年___ 月___ 日

轉介單位			
轉介者		**職稱**	
聯絡電話		**E-mail**	

個案姓名		**年齡**	歲	**生理性別**	☐男 ☐女 ☐其他
生　　日	年　　月　　日			**身分證字號**	
聯絡電話				**手機**	
地址	**於本市：☐設籍/居住** 縣/市　鄉鎮區　里村　路街　段 巷　鄰　弄　號　樓之				
個人/家屬病史	☐無　☐曾經看過精神科，診斷或問題： ☐其他身心困擾：_____				
申請條件	☐精神障礙者本人　☐精神障礙者家屬（家屬請填寫附表-照顧壓力自評表）				
轉介單位評估說明(服務需求)	**評估說明：(請說明家中接受服務及照顧狀況，例如同住人數、主要經濟來源、同住身障人口、65 歲以上、18 歲以下人口數，或其他相關家庭照顧支持資源之說明)** 單位主管簽章				

本處開始由高雄市立凱旋醫院填寫，轉介單位請勿填寫	
評估結果	評估或連繫日期：　年　月　日 ○開案 ○無法開案，理由： 　○因個案電話或地址錯誤無法聯繫 　○個案或家屬強烈拒絕接受服務 ○其他補充事項：＿＿＿＿ 評估人員簽章　　單位主管簽章 評估時間　　年　　月　　日

申請條件 說明如下

1. 精神病病人家庭其主要照顧者患有嚴重疾病致影響生活能力。
2. 精神病病人家庭其主要照顧者年滿 65 歲以上。
3. 家中身心障礙者為兩人以上之家庭。
4. 獨居之成年精神病病人。
5. 家庭/社會支持系統薄弱，需重建社會支持及資源系統。

照顧者負荷/壓力量表				
請您在看了下列14項敘述後，就您實際上照顧的情況，圈選後面的分數。 (如：若您很少感到疲倦，就圈1分的位置)	從來沒有	很少如此	有時如此	常常如此
1 您覺得身體不舒服(不爽快)時還是要照顧他	0	1	2	3
2 感到疲倦	0	1	2	3
3 體力上負擔重	0	1	2	3
4 我會受到他的情緒影響	0	1	2	3
5 睡眠被干擾(因為病人在夜裡無法安睡)	0	1	2	3
6 因為照顧他讓您的健康變壞了	0	1	2	3
7 感到心力交瘁	0	1	2	3
8 照顧他讓您精神上覺得痛苦	0	1	2	3
9 當您和他在一起時，會感到生氣	0	1	2	3
10因為照顧家人影響到您原先的旅行計畫	0	1	2	3
11與親朋好友交往受影響	0	1	2	3
12您必須時時刻刻都要注意他	0	1	2	3
13照顧他的花費大，造成負擔	0	1	2	3
14不能外出工作家庭收入受影響	0	1	2	3

將14題的分數加起來的總分：_____分

1.總分是0~13分之間：您調適得很好，但是照顧的路是很漫長的，繼續保持下去，加油！

2.總分是14~25分之間：您已經開始出現一些壓力的徵兆，建議您利用社會資源來減輕照顧壓力，主動打電話詢問有哪些服務可以解決您的困難。**歡迎來找我們聊聊並接受我們的服務！**

3.總分是26~42分之間：您目前承受著相當沉重的負擔，強烈建議您立即尋求家人、親友或社會資源的協助，以確保您及被照顧者都能有良好的生活品質。**歡迎來找我們聊聊並接受我們的服務！**

資料來源：中華民國家庭照顧者關懷總會