1150109修訂

社團法人高雄市心理復健協會
家庭照顧者支持性服務
轉介單

轉介日期:　　年　　月　　日

本表格皆為必填，請轉介單位確認照顧者未有家照據點收案

轉介單位資料					
轉介單位					
單位性質	☒衛政單位　☒社政單位　☒民政單位　☒警政單位　☒教育單位　☒其他：_____				
轉介人員		E-mail			
單位電話		單位傳真			
照顧者基本資料					
姓　　名		出生年月日	年　　月　　日	性別	□男 □女
連絡電話		身分證字號			
居住地址					
被照顧者基本資料(超過1位被照顧者請自行新增欄位)					
姓　　名		出生年月日	年　　月　　日	性別	□男 □女
與照顧者關係		身分證字號			
居住地址					
聯絡人資料(□同照顧者，則此欄免填)					
姓　　名		連絡電話			
與照顧者關係		性別	□男　□女		

主要照顧者負荷量表

項次	指標項目	從未	很少	有時	經常	幾乎
1	我覺得自己為他(她)做的事情不夠多。					
2	我的日常作息因照顧他(她)而受干擾。					
3	在照顧他(她)與家庭或事業之間無法兼顧。					
4	我覺得自己給他(她)的照顧還不夠好。					
5	我的休閒活動(例如:逛街、運動、參加旅遊…等)因照顧他(她)而受到干擾。					
6	家人會為了照顧他(她)而起爭執。					
7	我覺得他(她)很依賴我。					
8	我的社交生活(例如:參加婚喪喜慶、吃拜拜…等)因照顧他(她)而受到影響					
9	有些事他(她)可以自己做，卻要我幫他(她)做。					
10	我因為照顧他(她)婚姻受到影響。					
11	我擔心他(她)獨自一人時的安全。					

照顧者/被照顧者概況(超過1位被照顧者請自行新增欄位)

一、被照顧者：

1. 福利及身分別：☐一般戶 ☐中低收入戶，補助_____元 ☐低收入戶，補助_____元
   ☐身心障礙者生活津貼，補助_____元 ☐榮民就養金，補助_____元
   ☐老農津貼，補助_____元 ☐原住民 ☐更生人 ☐其他:_____
2. 身心障礙證明：☐無 ☐有，第_____類，程度:_____度
3. 社會資源使用情形(請列出)：_____
4. 被照顧者狀況(請詳填)：

二、照顧者

1. 福利及身分別：☐一般戶 ☐中低收入戶，補助_____元 ☐低收入戶，補助_____元
   ☐身心障礙者生活津貼，補助_____元 ☐榮民就養金，補助_____元
   ☐老農津貼，補助_____元 ☐原住民 ☐更生人 ☐其他:_____
2. 身心障礙證明：☐無 ☐有，第_____類，程度:_____度
3. 社會資源使用情形(請列出)：_____
4. 使用家庭照顧者支持服務的意願：☐有 ☐無
5. 家系圖/生態圖(同住人口及其資源皆需包含在內，如無法繪圖，請以文字描述)

6. 照顧者個人需求：☐關懷陪伴服務(志工關懷) ☐到宅照顧技巧指導
   ☐心理輔導諮商服務 ☐支持團體 ☐照顧技巧訓練課程 ☐紓壓活動
   ☐照顧者與被照顧者共同參與之活動 ☐安全看視服務(用於參與活動時)
   ☐其他：_____

7. 照顧者與被照顧者互動情形(含照顧問題、情緒等)：

8. 後續服務應注意事項及方便聯絡時間：

承辦人簽章： 主管簽章：

社團法人高雄市心理復健協會

家庭照顧者支持性服務

轉介回覆單

接案單位： 電話：　　傳真： E-mail：　　回覆日期：	
個案(照顧者)姓名：	
主要照顧者負荷量表	總分是 0~15 分之間：提供電話諮詢及衛教課程 總分是 16~26 分之間：個案工作開案對象。 總分是 27~44 分之間：進行服務轉介，您目前承受著相當沉重的壓力及負擔，建議您立即尋求專業醫療機構的協助，以確保您及被照顧者都能有良好的生活品質。
處理情形	□開案，主責家照專員姓名： □不開案 原因：

承辦人簽章：　　主管簽章：