

# 衛生福利部東區老人之家申請入住體格檢查表

檢查日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	身分證字號		
**以下各項均為必檢項目請務必確認無疏漏並應併檢附相關檢查數據憑審**								
常規 檢 查	身 高	cm	體 重	kg	體 溫	°C	血 壓 / mmHg	
	視 力	右_____左_____		聽 力	右_____左_____			
	皮 膚		四 肢		牙 齒	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 缺牙 <input type="checkbox"/> 假牙	疝 氣	
	心 臟		肺 部		甲 狀 腺		淋 巴 腺	
	腎 功 能		肝 功 能		膽 固 醇		血 糖	
	血 液	紅血球		白血球		血色素		凝血功能
精 神 認 知 狀 態	精 神	<input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常 (請務必註明屬精神病患照顧體系權責劃分建議表(參閱背面)第_____類)						
	失 智 症	(非申請入住本家失智症照顧專區者本項得免檢) <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度以上失智 (CDR分數_____分)						
傳 染 性 疾 病 檢 驗	胸 部 X 光	(____年____月____日片號_____)						
	B 肝	表面抗原：	表面抗體：		梅 毒			
	糞 便	桿菌性痢疾	阿米巴痢疾	寄生蟲感染	尿 液			
<div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">檢查總評</div> (建議或注意事項)								
檢查醫院：				(加蓋醫院關防)				
檢查醫師：				(簽章)				
中 華 民 國				年 月 日				

精神病患病情分類評估標準

病患性質	評估項目					
	症狀干擾程度	自傷他傷危險	自我照顧功能	社會角色功能	復健潛在能力	家庭社會支持
嚴重精神病症狀，需急性治療者。	嚴重	中或高	不限	不限	不限	不限
精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。	中等	中或低	不限	不限	不限	不限
精神病症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者。	中或嚴重	不限	不限	差	差	不限
精神病症狀穩定局部功能退化，有復健潛能不需全日住院但需積極復健治療者。	低	低	可	可或差	可或差	可或差
精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者。	低	低	可或差	差	差	差
精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智障者、無家可歸者。	低	低	可或差	差	差	差

精神病患照顧體系權責劃分建議表

病患性質		服務類別	服務項目	服務機構	權責劃分
一	嚴重精神病症狀，需急性治療者。	精神醫療	急診 急診住院治療	精神醫療機構	衛生醫療單位
二	精神病症狀緩和但未穩定，仍需積極治療者。		慢性住院治療 日間住院治療 居家治療		
三	精神病症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，需長期住院治療者。		長期住院治療		
四	精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但需積極復健治療者。	精神醫療	日間住院治療	精神醫療機構	衛生醫療單位
		社區復健	社區復健治療	精神醫療機構	
			社區追蹤管理	衛生所	
四	就業安置	就業輔導	職業訓練及就業服務機能	勞政單位	
五	精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需長期生活照顧者。	長期安置	安養服務 養護服務	社會福利機構	社政單位(主)
六	精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、癡呆患者、智障者、無家可歸者。	居家服務	護理照顧服務	護理安養機構	衛生醫療單位

備註：1. 第五、第六類病患如需醫療服務由醫療單位提供支援。

2. 各類精神病患依其病情變化，由精神醫療機構、精神復健機構、社會福利機構或職業訓練及就業服務機構共同提供服務