

_____(院所)支援_____ (照護機構)個案病情評估及

復健治療計畫

109.10.27

診治醫師簽章：_____

一、病人基本資料：

編號	姓名	性別	身分證字號	出生日期	入住日期	病患需求(維持型/促能型)

二、病人概況：

1. 本次入住機構原因：_____

其他疾病：_____

(疾病名稱如腦中風、車禍等，並請註明發生年月日)

2. 病人自_____年_____月起，於本院接受復健治療，共計_____年_____月

3. 目前是否為積極治療期：

是，至_____年_____月

否，請接續勾選目前距離積極治療期多久： 超過積極治療期但超出小於 1 倍

超過積極治療期 1 倍以上

4. 復健治療對病人是否預期將產生進步：

是，請列出主、客觀指標，主觀指標：如復健服務滿意度_____

客觀指標：如肌肉力量提升(請參考本計畫第四點項目編號 1 至 6)

(1)_____

(2)_____

(3)_____

否，_____

(或可列出如不予以復健治療，預期病人將產生何種退步)

三、病情評估說明(請一併提供巴氏量表評分、病人生活功能指數)

四、目前病情說明

1. 共 8 項，請逐項評估病人狀況後勾選
2. 照護重點部分，請填寫前三順位照護重點序號

項目編號	項目名稱及障礙程度評估	照護重點
1	<p><u>警覺性、注意力、認知行為及配合度</u></p> <p><input type="checkbox"/>無障礙(請續答項目 2)</p> <p><input type="checkbox"/>有障礙(請續勾選下方之障礙類別)</p> <p><input type="checkbox"/>嗜睡</p> <p><input type="checkbox"/>混淆</p> <p><input type="checkbox"/>昏迷</p> <p><input type="checkbox"/>對外界完全無反應</p> <p><input type="checkbox"/>失智症</p> <p><input type="checkbox"/>低智商</p> <p><input type="checkbox"/>注意力不集中</p> <p><input type="checkbox"/>情緒障礙</p> <p><input type="checkbox"/>無法表達自己之意見</p> <p><input type="checkbox"/>無法了解簡單之指令</p> <p><input type="checkbox"/>較缺乏主動參與治療之意願</p> <p><input type="checkbox"/>其他，_____</p>	
2	<p><u>關節活動度</u></p> <p><input type="checkbox"/>無障礙(請續答項目 3)</p> <p><input type="checkbox"/>有障礙(請續勾選下方之障礙類別)</p> <p><input type="checkbox"/>有輕微限制但無功能障礙</p> <p><input type="checkbox"/>明顯關節攣縮(請續勾選下方之關節攣縮部位)</p> <p><input type="checkbox"/>全身關節</p> <p><input type="checkbox"/>左上肢</p> <p><input type="checkbox"/>左下肢</p> <p><input type="checkbox"/>右上肢</p> <p><input type="checkbox"/>右下肢</p> <p><input type="checkbox"/>頸椎</p> <p><input type="checkbox"/>腰椎</p> <p><input type="checkbox"/>其他，_____</p>	
3	<p><u>肌肉力量、肌肉表現</u></p> <p><input type="checkbox"/>無障礙(請續答項目 4)</p> <p><input type="checkbox"/>有障礙(請續勾選下方之障礙類別)</p> <p><input type="checkbox"/>全身虛弱</p> <p><input type="checkbox"/>右上肢_____級</p> <p><input type="checkbox"/>右下肢_____級</p> <p><input type="checkbox"/>左上肢_____級</p> <p><input type="checkbox"/>左下肢_____級</p> <p><input type="checkbox"/>其他，_____</p>	
4	<p><u>感覺功能、疼痛</u></p> <p><input type="checkbox"/>無障礙(請續答項目 5)</p> <p><input type="checkbox"/>有障礙(請續勾選下方之障礙類別)</p> <p><input type="checkbox"/>視覺障礙</p> <p><input type="checkbox"/>聽覺障礙</p>	

項目編號	項目名稱及障礙程度評估	照護重點
	<input type="checkbox"/> 前庭覺障礙 <input type="checkbox"/> 本體覺障礙 <input type="checkbox"/> 觸覺障礙 * 疼痛部位： <input type="checkbox"/> 左上肢、 <input type="checkbox"/> 左下肢、 <input type="checkbox"/> 右上肢、 <input type="checkbox"/> 右下肢、 <input type="checkbox"/> 頸部、 <input type="checkbox"/> 腰部、 <input type="checkbox"/> 胸部 * 其他異常： <input type="checkbox"/> 左上肢、 <input type="checkbox"/> 左下肢、 <input type="checkbox"/> 右上肢、 <input type="checkbox"/> 右下肢、 <input type="checkbox"/> 臉、 <input type="checkbox"/> 口部	
5	<u>動作功能、平衡、姿勢與步態</u> <input type="checkbox"/> 無障礙(請續答項目 6) <input type="checkbox"/> 有障礙(請續勾選下方之障礙類別) <input type="checkbox"/> 床上活動困難 <input type="checkbox"/> 轉位困難 <input type="checkbox"/> 坐之功能異常 <input type="checkbox"/> 站之功能異常 <input type="checkbox"/> 走不穩 <input type="checkbox"/> 上肢功能受限 <input type="checkbox"/> 姿勢或動作型態異常 <input type="checkbox"/> 其他，_____	
6	<u>運動能力、耐力</u> <input type="checkbox"/> 無障礙(請續答項目 7) <input type="checkbox"/> 有障礙(請續勾選下方之障礙類別) <input type="checkbox"/> 多半時間在床上 <input type="checkbox"/> 無法在自宅四周活動 <input type="checkbox"/> 無法在社區活動 <input type="checkbox"/> 其他，_____	
7	<u>維生系統、輔具與環境</u> <u>輔具類</u> *請於 <input type="checkbox"/> 填入數字。「備有輔具」請填 1；「已有輔具，但使用不良」請填 2；「需要輔具」請填 3 <input type="checkbox"/> 單拐 <input type="checkbox"/> 四腳拐 <input type="checkbox"/> 四腳助行器 <input type="checkbox"/> 有輪助行器 <input type="checkbox"/> 特殊推車 <input type="checkbox"/> 擺位輔具 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 足踝裝具 <input type="checkbox"/> 膝踝足裝具 <input type="checkbox"/> 頸圈 <input type="checkbox"/> 束腹或背架 <input type="checkbox"/> 其他，_____ <u>環境協助</u> *請於 <input type="checkbox"/> 打√。	

項目編號	項目名稱及障礙程度評估	照護重點
	<input type="checkbox"/> 24小時需看護 <input type="checkbox"/> 部分時間需看護 <input type="checkbox"/> 出門困難 其他用品 *請於 <input type="checkbox"/> 打√。 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿布 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 其他，_____	
8	<u>專科特殊檢查</u> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請註明：_____	