

姓名：
 床號：貼紙黏貼處
 索引號：

科別： 住院日： 出院日： 住院天數： 天
 病患來源：1.OPD 2.ER 3.轉入 4.會診
 年齡： 歲 入院診斷： 主治醫師：

臺中榮民總醫院高齡醫學中心周全性老年評估（病房）

問題列表	篩選與診斷	照顧計畫	追蹤狀況
心智狀態			
1. 譫妄		<input type="checkbox"/> 評估譫妄原因 <input type="checkbox"/> 提供非藥物性治療 <input type="checkbox"/> 建議使用合適的藥物 <input type="checkbox"/> 提供家屬衛教與心理支持 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
2. 認知功能障礙		<input type="checkbox"/> 評估譫妄原因 <input type="checkbox"/> 提供非藥物性的治療 <input type="checkbox"/> 建議使用合適的藥物 <input type="checkbox"/> 提供家屬衛教與心理支持 <input type="checkbox"/> 提供社會資源	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
3. 憂鬱情緒		<input type="checkbox"/> 評估憂鬱原因 <input type="checkbox"/> 評估認知功能 <input type="checkbox"/> 提供非藥物治療及衛教 <input type="checkbox"/> 提供家屬衛教與心理支持 <input type="checkbox"/> 轉介老年精神科	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
4. 行為問題		<input type="checkbox"/> 評估異常行為原因 <input type="checkbox"/> 轉介老年精神科 <input type="checkbox"/> 轉介心理師 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
功能狀態			
5. 日常生活功能近期明顯減退		<input type="checkbox"/> 評估功能減退的原因 <input type="checkbox"/> 轉介復健 <input type="checkbox"/> 評估營養功能 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
6. 行動力及步態障礙		<input type="checkbox"/> 步態障礙原因 <input type="checkbox"/> 轉介復健 <input type="checkbox"/> 提供輔具資源 <input type="checkbox"/> 預防跌倒 <input type="checkbox"/> 居家環境評估 <input type="checkbox"/> 予疾病與藥物衛教 <input type="checkbox"/> 轉介社區個案師	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
7. 跌倒		<input type="checkbox"/> 找出引起跌倒原因 <input type="checkbox"/> 建議檢查骨密度 <input type="checkbox"/> 轉介復健 <input type="checkbox"/> 選擇合適的輔具 <input type="checkbox"/> 居家環境評估 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
8. 尿失禁/尿滯留		<input type="checkbox"/> 找出尿失禁的原因 <input type="checkbox"/> 尿失禁藥物治療 <input type="checkbox"/> 解尿日誌 <input type="checkbox"/> 評估便秘問題 <input type="checkbox"/> 教導凱格爾運動 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
9. 排便問題		<input type="checkbox"/> 評估可能引起便秘的藥物 <input type="checkbox"/> 使用軟便藥 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 蔬果及水分攝取 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教 <input type="checkbox"/> 腹部按摩	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
10. 視力不良/聽力不良		<input type="checkbox"/> 評估視力/聽力不良原因 <input type="checkbox"/> 轉介眼/耳科 <input type="checkbox"/> 預防跌倒 <input type="checkbox"/> 協助申請助聽器 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
11. 疼痛		<input type="checkbox"/> 評估疼痛原因 <input type="checkbox"/> 轉介復健 <input type="checkbox"/> 建議使用合適的止痛藥 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
12. 睡眠問題		<input type="checkbox"/> 評估睡眠問題原因 <input type="checkbox"/> 建議使用合適的藥物 <input type="checkbox"/> 轉介老年精神科 <input type="checkbox"/> 增加白天活動 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
13. 營養不良		<input type="checkbox"/> 評估體重減輕原因 <input type="checkbox"/> 評估病患情緒問題 <input type="checkbox"/> 轉介牙科 <input type="checkbox"/> 轉介營養師 <input type="checkbox"/> 定期量測體重並記錄 <input type="checkbox"/> 提供飲食諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
14. 脫水及電解質不平衡		<input type="checkbox"/> 矯正體液電解質	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
15. 壓瘡風險		<input type="checkbox"/> 評估病患營養狀況 <input type="checkbox"/> 轉介復健 <input type="checkbox"/> 轉介社工 <input type="checkbox"/> 提供皮膚照護衛教 <input type="checkbox"/> 建議使用氣墊床	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
16. 牙齒照顧		<input type="checkbox"/> 衛教口牙清潔的方式 <input type="checkbox"/> 建議使用假牙黏著劑 <input type="checkbox"/> 轉介牙科	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
其他			
17. 管路（餵食管/尿管/氣切/造口）		<input type="checkbox"/> 評估脫離管路的可能性 <input type="checkbox"/> 轉介居家護理 <input type="checkbox"/> 提供管路照護諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
18. 多重藥物使用/精神藥物使用		<input type="checkbox"/> 轉介高齡整合性門診 <input type="checkbox"/> 提供非藥物治療 <input type="checkbox"/> 轉介藥師 <input type="checkbox"/> 提供疾病與藥物諮詢衛教	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化
19. 社會支持問題		<input type="checkbox"/> 提供社會資源 <input type="checkbox"/> 轉介社工 <input type="checkbox"/> 轉介藥服處 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 解決 <input type="checkbox"/> 進步 <input type="checkbox"/> 不變 <input type="checkbox"/> 惡化

A1a 初評日期：西元 20_____ 年月日（西元年/月/日）

A1b 複評日期：西元 20_____ 年月日（西元年/月/日）

A2 病患類別：住院 GEMU，_____

A3 基本資料評估

一、基本資料：

1. 姓名：_____
2. 性別：0 男1 女
3. 出生年月日：西元_____/_____/_____（西元年/月/日）
4. 身分證號：_____
5. 病歷號：機構_____+_____—_____
6. 教育程度：年數____年0 不識字1 識字未就學2 國小3 國中
4 高中5 大專以上
7. 婚姻狀況：0 未婚1 已婚(配偶年齡_____)2 鰥寡3 分居4 離異5 其他
8. 居住狀況：0 獨居1 榮家2 僅與配偶居3 與家人居(含配偶)4 與家人居(不含配偶)5 與親友居6 居於護理之家/安養/養護機構
7 僅與配偶及外傭居8 其他
9. 住所：0 家裡1 榮家_____2 護理之家/安養/養護機_____
- 3.其他_____
10. 居住樓層：0 一樓1 二樓以上無電梯2 二樓以上有電梯
11. 宗教信仰：0 無1 佛教2 道教3 基督教4 回教5 天主教6 其他
12. 工作：0 退休1 家管2 目前有工作
13. 家庭經濟狀況：0 富裕1 小康2 貧窮3 其他
14. 福利：0 無1 有職榮民2 無職榮民3 中/低收入戶4 福保
5 殘障手冊6 重大傷病卡7 其他_____
15. 主要照顧者：0 自己1 配偶2 子女_____3 看護4 其他
16. 主要醫療決定者：0 自己1 配偶2 子女_____3 機構人員_____
- 4 其他_____
17. a.身高：_____ 公分，b.體重：_____ 公斤，
c.身體質量指數(BMI, kg/m²) = _____
18. a.體脂肪含量(Bioelectrical impedance analysis, BIA)：_____ %
b.理想體重(Ideal Body weight, IBW)：_____ kg(22 X BHm²)
19. 簽署預立安寧緩和醫療意願書：0 無1 有2.不知道3.無法評估

二、個人史：

1.吸菸：0 不吸菸

1 已戒菸_____年

2 吸菸—

a 朋友敬菸或應酬才吸菸

b 經常吸，平均每天支

2.飲酒：0 不喝酒

1 戒酒_____年

2 偶爾喝酒或應酬才喝

3 經常，通常喝酒，平均每天約毫升

3.嚼食檳榔：0 不嚼檳榔

1 已戒掉 _____年

2 偶爾會嚼或應酬才嚼

3 經常嚼或習慣在嚼

4.食物及藥物過敏史：0 無1 有_____

5.疫苗注射史：0 無

1 最近一年內有施打流感疫苗

2 肺炎鏈球菌疫苗 (西元年)_____

三、家系圖：

設備	
醫用床()	便盆椅()
氣墊床()	輪椅 ()
抽痰機()	單拐 ()
製氧機()	三腳拐()
血糖機()	四腳拐()
血壓計()	助行器()
血氧機()	輔具 ()
	_____ ()
照顧者	
<input type="checkbox"/> 外傭	語言()
<input type="checkbox"/> 家屬	技巧()
<input type="checkbox"/> 機構	年資()
<input type="checkbox"/> 長照	
<input type="checkbox"/> _____	

四、重大疾病史：(請用 V 方式圈選疾病)

0.無

1.惡性腫瘤 (a.無併發轉移 b.併發遠端轉移) _____

2.免疫風濕系統疾病_____

3.因疾病導致半癱或偏癱狀況

4.是否感染 HIV 或是 AIDS

五、功能性回顧：

1.多重藥物 (>4種)：

9 無法評估 0 無 1 有

a.精神藥物：9 無法評估 0 無1 有

2.視力障礙：

9 無法評估

0 無

1 有— (續答)

a.影響日常活動？

a1 是 a2 否

b.配戴眼鏡b1 無 b2 有

c.左右眼

c1 左眼 c2 右眼 c3 兩眼

3.聽力障礙：

9 無法評估

0 無

1 有—(續答) 影響日常活動？10 是 11 否

配戴助聽器12 無(12a 未試過 12b 試過不習慣)

13 有(13a 未試過 13b 試過不習慣)

2 輕聲說話測試 Whisper test：999 無法評估 9 拒絕

2a 左耳：2a0 正常 2a1 異常

2b 右耳：2b0 正常 2b1 異常

4.溝通能力障礙：9 無法評估

0 無

1 有(10 新問題 (4 周內) 11 舊問題 (4 周以上))

a.說話：a1 良好 a2 不清楚 a3 僅可簡單表達句子(詞)

a4 僅可表達零碎的字 a5 無法言語 a9 無法評估

b.理解：b1 良好 b2 僅可理解簡單句子(詞)

b3 僅可理解關鍵字 b4 無法理解 b9 無法評估

5.牙齒問題：0 無 1 有(續答)(10 缺牙11 蛀牙12 全口無牙)

6.假牙使用：0 無 1 有(續答)(10 活動假牙11 固定假牙)

7.睡眠問題：9 無法評估

0 無

1 有—服用藥物幫助睡眠—

10 無

11 有(11a 偶爾 11b 一星期 1-2 次 11c 一星期 3 次或以上 11d 每天)

8.尿失禁：a.去年一年，是否有尿失禁問題？0 否 1 是(續回答下列問題)

b.尿失禁是否影響日常生活或外出生活？0.否 1.是

c.夜尿_____次

d.Belfast City Hospital Trust - Basic Continence Assessment Form

999 無法評估 9 拒絕 0 無此問題

(1)壓力性尿失禁(Stress incontinence) (符合3個選項以上)

a.是否在咳嗽、打噴嚏、大笑或進行性行為時會有漏尿狀況

b.是否在運動或做家事時候會有漏尿狀況

c.是否會在突然開始活動時會有漏尿狀況

d.是否平常會有少量漏尿情況

(2)緊迫性尿失禁(Urge incontinence) (符合3個選項以上)

a.是否一天上廁所次數大於7次以上

b.是否常常晚上入睡後會需要起床上廁所次數大於一次以上

c.是否在聽到水聲或者開大門的時候會覺得必須趕快去上廁所解尿

d.是不是常常會有上廁所來不及的緊急狀況

e.是不是有時候會有到廁所的時候來不及而解出來的狀況，如果有，解出的尿量

會有多少

e1.很少量(內褲有點溼)

e2.中量(必須要換內褲)

e3.大量(要換衣褲或者鞋襪)

(3)反射性尿失禁(Reflex incontinence)(符合2個選項以上)

a.是不是會有不知不覺就解出來的狀況

b.晚上是否會有尿床的情況

c.是不是會有常常不自覺發生尿失禁的情形

(4)溢流性尿失禁(Overflow incontinence) (符合3個選項以上)

a.解尿的時候是不是要花很久時間才解得出來

b.解尿的時候是不是要很用力才解得出來

c.解尿後是不是常常會有解不乾淨的狀況，要等很久

d.解完尿之後是否還是覺得下腹部繃繃緊緊的好像沒解完

e.解尿的尿流量是不是跟以前一樣正常

9.排便問題：a.便秘：9 無法評估 0 無 1 有

b.大便失禁：9 無法評估 0 無 1 有

c.腹瀉：9 無法評估 0 無 1 有

10.住院前之行動能力問題：

9 無法評估 0 否 1 是 已有_____年

1a. 1a0 可獨立於戶外行走 1a1 可戶外行走但需人陪伴 1a2 只能於室內獨立行走

1a3 只能於室內行走且需人陪伴 1a4 無法行走

1b. 輔具—1b0 無 1b1 單拐 1b2 三腳/四腳拐 1b3 助行器 1b4 輪椅

11.跌倒史：過去一年跌倒情形9 無法評估 0 無 1 有_____次；過去一個月_____次

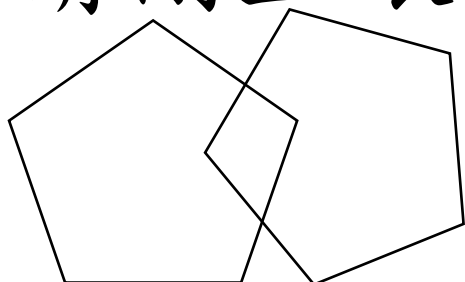
	1	2	3
a.過去一年內跌倒次數：_____次，最近3次跌倒的狀況			
b.跌倒時伴隨的症狀： <input type="checkbox"/> b0 無 <input type="checkbox"/> b1 昏倒(失去意識) <input type="checkbox"/> b2 快要昏倒 <input type="checkbox"/> b3 頭暈 <input type="checkbox"/> b4 虛弱 <input type="checkbox"/> b5 心悸 <input type="checkbox"/> b6 胸悶 <input type="checkbox"/> b7 其他_____ <input type="checkbox"/> b9 不記得			
c.跌倒地點： <input type="checkbox"/> c1 戶外 <input type="checkbox"/> c11 大門口 <input type="checkbox"/> c12 平坦路面 <input type="checkbox"/> c13 障礙路面 <input type="checkbox"/> c14 斜坡 <input type="checkbox"/> c15 樓梯 <input type="checkbox"/> c2 室內 <input type="checkbox"/> c21 浴室 <input type="checkbox"/> c22 臥室 <input type="checkbox"/> c23 廚房 <input type="checkbox"/> c24 客廳 <input type="checkbox"/> c25 樓梯 <input type="checkbox"/> c3 其他_____ <input type="checkbox"/> c9 不記得			
d.跌倒時在做什麼： <input type="checkbox"/> d1 絆倒 <input type="checkbox"/> d2 滑倒 <input type="checkbox"/> d3 伸手及物 <input type="checkbox"/> d4 姿勢改變 <input type="checkbox"/> d5 頸部屈曲 <input type="checkbox"/> d6 吃飽飯後 <input type="checkbox"/> d7 其他_____ <input type="checkbox"/> d9 不記得			
e.跌倒通常發生在一天的什麼時候？ <input type="checkbox"/> e1 半夜起床 <input type="checkbox"/> e2 清晨起床 <input type="checkbox"/> e3 早上 <input type="checkbox"/> e4 下午 <input type="checkbox"/> e5 晚上 <input type="checkbox"/> e6 其他 ____ <input type="checkbox"/> e9 不記得			
f.跌倒後是否可自己起來？ <input type="checkbox"/> f1 否， <input type="checkbox"/> f2 是，多久後可起來？____(分鐘)； <input type="checkbox"/> f3 其他_____， <input type="checkbox"/> f9 不記得			
g.有無導致何種傷害或受傷？ <input type="checkbox"/> g1 無 <input type="checkbox"/> g2 瘀青 <input type="checkbox"/> g3 皮肉傷口 <input type="checkbox"/> g4 頭部外傷 <input type="checkbox"/> g5 顱內出血 <input type="checkbox"/> g6 腕部骨折 <input type="checkbox"/> g7 脊椎骨折 <input type="checkbox"/> g8 髖部骨折 <input type="checkbox"/> g9 其他_____ <input type="checkbox"/> g999 不記得			
h.跌倒後是否因害怕跌倒而減少活動？ <input type="checkbox"/> h1 否 <input type="checkbox"/> h2 是			

B 功能性評估量表：B1-1.迷你心智狀態檢查(Mini-Mental State Examination, MMSE)

999 無法評估 9 拒絕 99 效度問題(溝通、動作困難或神智不清)

項目			日期：	日期：
定向感	時間	年	0 1	0 1
		月	0 1	0 1
		日	0 1	0 1
		星期	0 1	0 1
		季節	0 1	0 1
	地點	如市	0 1	0 1
		如醫院	0 1	0 1
		如幾樓	0 1	0 1
		如病房	0 1	0 1
		如床	0 1	0 1
訊息登錄 <input type="checkbox"/> 重複次數	腳踏車	0 1	0 1	
	紅色	0 1	0 1	
	快樂	0 1	0 1	
系列減七	100-7 = _____	0 1	0 1	
	再-7 = _____	0 1	0 1	
	再-7 = _____	0 1	0 1	
	再-7 = _____	0 1	0 1	
	再-7 = _____	0 1	0 1	
記憶 <input type="checkbox"/> 提醒	腳踏車	0 1	0 1	
	紅色	0 1	0 1	
	快樂	0 1	0 1	
語言	命名	筆	0 1	0 1
		手錶	0 1	0 1
	覆誦	白紙真正寫黑字	0 1	0 1
	閱讀理解	請閉上眼睛	0 1	0 1
	書寫造句	(至少寫3個字)	0 1	0 1
口語理解及行動能力 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右手	用左/右/雙手拿這張紙		0 1	0 1
	摺成一半		0 1	0 1
	再還給我		0 1	0 1
建構力	圖形抄繪		0 1	0 1
總分(30)				

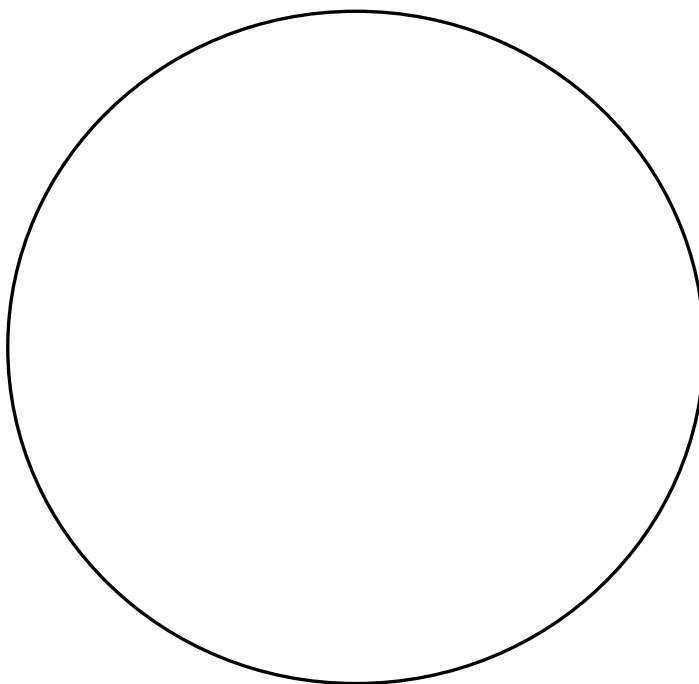
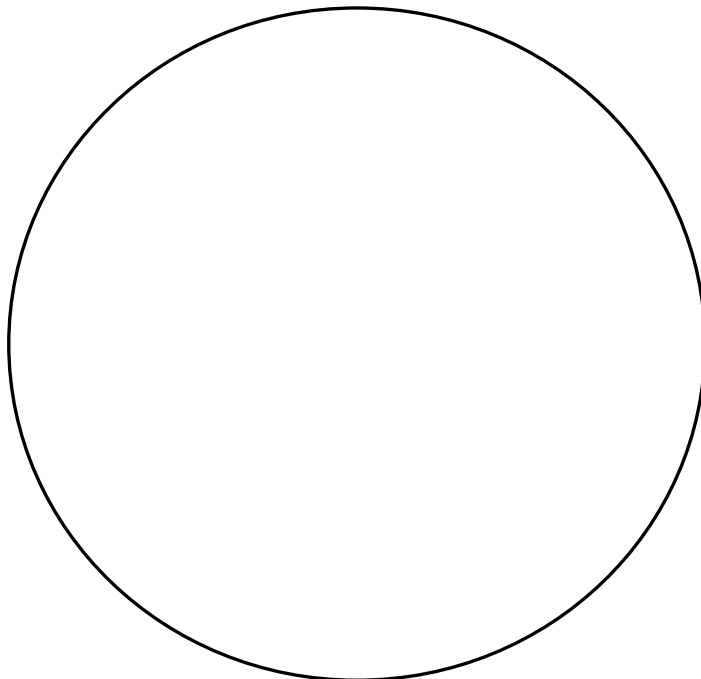
請閉上眼睛



B1-2. 畫時鐘試驗 (Clock drawing test, CDT) 999 無法評估 9 拒絕
分數： _____

B1-3. Mini-cog : 0 正常 1 異常 9 拒絕 999 無法評估

請畫出時鐘，時間為 10：10



B2-1.老年憂鬱量表 Geriatric Depression Scale (GDS-5) 999 無法評估 9 拒絕

老年憂鬱量表					
過去一星期中		1	0	1	0
1.基本上，您對您的生活滿意嗎？		否	是	否	是
2.您是否常常感到厭煩？		是	否	是	否
3.您是否常常感到無論做什麼，都沒有用？		是	否	是	否
4.您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？		是	否	是	否
5.您是否感覺您現在活得很沒有價值？		是	否	是	否
得分(5)(≥2，異常)					

B2-2.謔妄評估 Confusion assessment method (CAM) 999 無法評估 9 拒絕

項目		日期：		日期：	
急性發作且病程波動	1a.與平常相比較，是否有任何證據顯示病人精神狀態產生急性變化？	是	否	是	否
	1b.這些不正常的行為是否在一天中呈現波動狀態？意即症狀來來去去或嚴重程度起起落落。	是	否	是	否
注意力不集中	2.病人是否集中注意力有困難？例如容易分心或無法接續剛剛說過的話。	是	否	是	否
思考缺乏組織	3.病人是否思考缺乏組織或不連貫？如雜亂或答非所問的對話、不清楚或不合邏輯的想法、或無預期的從一個主題跳到另一個主題。	是	否	是	否
意識狀態改變	4.整體而言，您認為病人的意識狀態為過度警覺、嗜睡、木僵、或昏迷。	是	否	是	否
總評	1a+1b+2 皆「是」，且 3 或 4 任何一項為「是」	是	否	是	否

B3.皮膚危險因子評估表 (Braden Scale) 999 無法評估 9 拒絕

日期 (民國____)							
分數	1	2	3	4			
意識狀況	完全昏迷	昏迷但對痛有反應	清醒但部分感官受損	清醒正常			
清潔狀況	失禁潮濕	失禁，更換每天≤3次	失禁，每次更換	乾燥、乾淨			
移動能力	完全限制	大部分不動	部分限制	沒有限制			
活動能力	絕對臥床	僅限坐姿 (輪椅)	經常下床	自由下床			
飲食狀況	禁食	攝取量少 1200 卡/天	特殊治療飲食 TPN、NG feeding	攝取量≥需要量			
磨擦力和剪力	有問題	潛在性問題	沒問題				
總分 (6-23)	>17 分每日皮膚評估一次；15~12 分 2 小時翻身一次+皮膚評估；<12 分，2 小時翻身一次+皮膚評估+氣墊床						

B4. Activity of daily living (ADL) : 巴氏量表(Barthel Index) 999 無法評估 9 拒絕

項 目	內 容	入院前	目前	
1.進食	自己在合理的時間內(約十秒鐘吃一口),可用筷子取食眼前食物,若須使用進食輔具,會自行取用穿脫,不須協助。	10	10	10
	須別人協助取用或切好食物或穿脫進食輔具。	5	5	5
	無法自行取食。	0	0	0
2.移位 (包含由床上平躺到坐起,並可由床移位至輪椅)	可自行坐起,且由床移位至椅子或輪椅,不須協助,包括輪椅煞車及移開腳踏板,且沒有安全上的顧慮。	15	15	15
	在上述移位過程中,須些微協助(例如:予以輕扶以保持平衡)或提醒、或有安全上的顧慮。	10	10	10
	可自行坐起但須別人協助才能移位至椅子。	5	5	5
	須別人協助才能坐起,或須兩人幫忙方可移位。	0	0	0
3.個人衛生 (包含刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子)	可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子。	5	5	5
	須別人協助才能完成上述盥洗項目。	0	0	0
4.如廁 (包含穿脫衣物、擦拭、沖水)	可自行上下馬桶,便後清潔,不會弄髒衣褲,且沒有安全上的顧慮。倘使用便盆,可自行取放並清洗乾淨。	10	10	10
	在上述如廁過程中須協助保平衡,整理衣物或使用衛生紙。	5	5	5
	無法自行完成如廁過程。	0	0	0
5.洗澡	可自行完成盆浴或淋浴。	5	5	5
	須別人協助才能完成盆浴或淋浴。	0	0	0
6.平地走動	使用或不使用輔具(包括穿支架義肢或無輪子之助行器)皆可獨立行走 50 公尺以上。	15	15	15
	需要稍微扶持或口頭教導方向可行走 50 公尺以上。	10	10	10
	雖無法行走,但可獨立操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行 50 公尺以上。	5	5	5
	需要別人幫忙。	0	0	0
7.上下樓梯	可自行上下樓梯(可抓扶手或用柺杖)。	10	10	10
	需要稍微扶持或口頭指導。	5	5	5
	無法上下樓梯。	0	0	0
8.穿脫衣褲鞋襪	可自行穿脫衣褲鞋襪,必要時使用輔具。	10	10	10
	在別人幫助下,可自行完成一半以上動作。	5	5	5
	需要別人完全幫忙。	0	0	0
9.大便控制	不會失禁,必要時會自行使用塞劑。	10	10	10
	偶而會失禁(每週不超過一次),使用塞劑時需要別人幫忙。	5	5	5
	失禁或需要灌腸。	0	0	0
10.小便控制	日夜皆不會尿失禁,必要時會自行使用並清理尿布尿套。	10	10	10
	偶而會失禁(每週不超過一次),使用尿布尿套時需要別人幫忙。	5	5	5
	失禁或需要導尿。	0	0	0
總分 (0-100)		_____	_____	_____

B5. Instrumental Activity of Daily Living (IADL)，工具性日常生活活動功能表

999 無法評估 9 拒絕

項 目	內 容	入院前	目前	
1.購物	獨立完成所有購物需求。	1	1	1
	獨立購買日常生活用品。	0	0	0
	每一次上街購物都需要有人陪。	0	0	0
	完全不會上街購物。	0	0	0
2.家務	能做較繁重的家事或需偶爾家事（如搬動沙發、擦地板、洗窗戶）。	1	1	1
	能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被。	1	1	1
	能做家事，但不能達到可被接受的整潔程度。	1	1	1
	所有的家事都需要別人協助。	1	1	1
	完全不會做家事。	0	0	0
3.理財	可獨立處理財務。	1	1	1
	可以處理日常的購買，但需要別人的協助與銀行的往來或大宗買賣。	1	1	1
	不能處理錢財。	0	0	0
4.食物製備	能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜。	1	1	1
	如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜。	0	0	0
	會將已做好的飯菜加熱。	0	0	0
	需要別人把飯菜煮好、擺好。	0	0	0
5.交通	能夠自己搭乘大眾運輸工具或自己開車、騎車。	1	1	1
	可搭計程車或大眾運輸工具。	1	1	1
	能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具。	1	1	1
	當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具。	0	0	0
	完全不能出門。	0	0	0
6.使用電話	獨立使用電話，含查電話簿、撥號等。	1	1	1
	僅可撥熟悉的電話號碼。	1	1	1
	僅會接電話，不會撥電話。	1	1	1
	完全不會使用電話或不適用。	0	0	0
7.洗衣	自己清洗所有衣物。	1	1	1
	只清洗小件衣物。	1	1	1
	完全依賴他人洗衣服。	0	0	0
8.服藥	能自己負責在正確的時間用正確的藥物。	1	1	1
	如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用。	0	0	0
	不能自己服用藥物。	0	0	0
總分 (0-8)		_____	_____	_____

B6.下肢強度、步態與平衡評估：

評估項目	/ /	/ /	/ /
	<input type="checkbox"/> 無法站立	<input type="checkbox"/> 無法站立	<input type="checkbox"/> 無法站立
	_____秒	_____秒	_____秒
6-1 起立行走測試 (時間)	起身需扶椅臂： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是	起身需扶椅臂： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是	起身需扶椅臂： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是
	轉身困難： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是	轉身困難： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是	轉身困難： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是
	使用行走輔具： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是	使用行走輔具： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是	使用行走輔具： <input type="checkbox"/> 0 否 <input type="checkbox"/> 1 是
	Timed up and go test, 46cm 高扶手椅, 走 3m		
<10sec 自由活動 <20sec 大部分可獨自活動 20-29sec 活動不穩定 >30sec 活動障礙			

6-2 6 公尺距離行走時間_____秒；出院前_____秒

999 無法評估 9 拒絕

6 公尺行走速度(Walking speed, WS)：_____公尺/秒；出院前_____公尺/秒

若無法完成 6 公尺行走測量者，紀錄以下無法量測方式

b9.無法走路

b1.可以走路

行走距離 distance _____ 公尺

行走時間 time _____ 秒

6-3 Functional reach test (FRT)： 999 無法評估 9 拒絕

入院後	第一次測試	第二次測試	第三次測試	平均值
FRT (公分, cm)				
出院前	第一次測試	第二次測試	第三次測試	平均值
FRT (公分, cm)				

6-4 上肢功能評估：

Hand Grip Strength 握力測試 (握力計)：

999 無法評估 9 拒絕

慣用手(R 右手, L 左手)

第一次	第二次	第三次	最大值
公斤	公斤	公斤	公斤

B7.迷你營養評估(Mini-Nutrition assessment, MNA) 999 無法評估 9 拒絕

身高(公分):		體重(公斤):		初次評估	第二次評估	第三次評估			
腰圍(公分):		臀圍(公分):		評估者:	評估者:	評估者:			
Knee height:				日期:	日期:	日期:			
體重(公斤)/BMI 【公斤/身高(公尺)】				/	/	/			
白蛋白(albumin)/前白蛋白(pre-albumin)									
血紅素(hemoglobin)									
迷你營養評估簡式(MNA-SF) 日期:				迷你營養評估(MNA)		日期:			
篩檢	過去三個月之中, 是否因食慾不佳、消化問題、咀嚼或吞嚥困難以致進食量越來越少	嚴重	0	評估	可以獨立生活	否 是	0 1		
		進食量明顯減少	1		每天需服用三種以上處方藥物	是 否	0 1		
		無變化	2		壓瘡或皮膚潰瘍	有 沒有	0 1		
	近三個月體重變化	體重減輕 > 3kg	0		一天中可以吃幾餐完整的餐食	1餐	0		
		不知道	1			2餐	1		
		體重減輕 1~3kg	2			3餐	2		
	體重無改變	3	行動力		臥床或輪椅	0	蛋白質攝取量	每天至少一份乳製品	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		可以下床活動或離開輪椅但不願如此			1	每週至少攝取二份以上豆類或蛋類		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		可以自由行走			2	每天吃些肉魚雞鴨類		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	過去三個月曾有精神性壓力或急性疾病發作	是	0		0或1個是	0			
		否	2		2個是	0.5			
		3個是	1		每天至少攝取吃兩份或兩份以上之蔬菜或水果	是	1		
	神經精神問題	嚴重癡呆或抑鬱	0			否	0		
		輕度癡呆	1		每天攝取多少液體	少於3杯	0		
		無精神問題	2			3~5杯	0.5		
	身體質量指數(BMI)	BMI < 19	0			大於5杯	1		
		19 ≤ BMI ≤ 21	1		進食的形式	無人協助則無法進食	0		
		21 ≤ BMI < 23	2			可以自己進食但較吃力	1		
	BMI ≥ 23	3	可以自己進食			2			
	得分(14) (MNA-SF > 11 正常; MNA-SF ≤ 11 需進一步評估)						自己覺得營養方面有沒有問題	營養非常不好	0
不太清楚或營養不太好				1					
沒有什麼問題				2					
與其他同年齡的人比較,自認為自己的健康狀況如何?				不如同年齡的人			0		
				不知道			0.5		
				和同年齡的人差不多			1		
				比同年齡的人好			2		
中臂圍 MAC (公分)				MAC < 21			0		
				21 ≤ MAC ≤ 22			0.5		
				MAC > 22			1		
小腿圍 C.C. (公分)	C.C. < 31	0							
	C.C. ≥ 31	1							
總分(30)				營養良好(MNA > 24) 高危險(17 < MNA < 23.5) 營養不良(MNA < 17)					

B8. 跌倒問題評估

B8-1. STRATIFY risk assessment tool

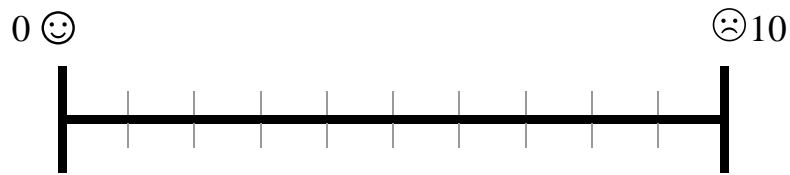
項目	分數			
	日期		日期	
1.病人是否因為跌倒而到院,或住院期間在病房曾經發生跌倒狀況?	1	0	1	0
2.您是否覺得病人十分激動焦躁?(Agitated)	1	0	1	0
3.您是否覺得病人因為視力不好影響到大部分日常生活的功能?	1	0	1	0
4.您是否覺得病人需要常常下床上廁所?	1	0	1	0
5.您是否覺得病人在行走或者移位方面有很大的困難?	1	0	1	0
總分(≥ 2 , 異常)				

B8-2. Morse fall scale

1.最近3個月內是否曾經有跌倒狀況?	是 25 , 否 0
2.是否有兩種以上的內科疾病?	是 15 , 否 0
3.行走時是否使用行動輔具或需人協助? 臥床, 輪椅或者有照顧者協助 拐杖或者助行器 扶著家具或牆壁行走	0 15 30
4.身上是否有靜脈留置針頭或注射點滴?	是 20 , 否 0
5.步態或者移位方面 正常, 臥床, 或完全不能行走 步態及移位上沒有太大問題, 但是有點虛弱 步態及移位上有很大的問題	0 10 20
6.意識狀態 對於自身能力很清楚, 知道哪些方面受限 忘記或者沒有意識到自身能力受限問題	0 15
日期/總分(125分; ≥ 46 分異常)	

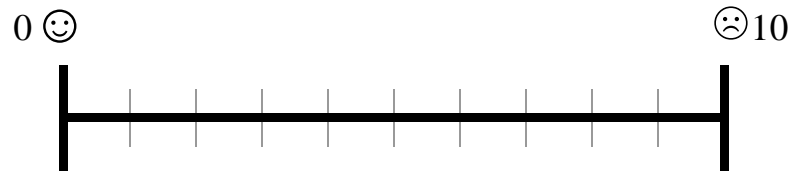
B9-1.疼痛評估問題 Visual analogue scale (VAS) 999 無法評估 9 拒絕 0 無此問題

a.部位：



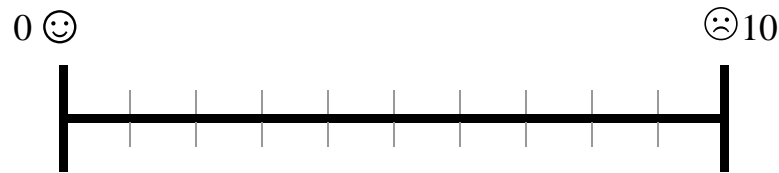
分數：

b.部位：



分數：

c.部位：



分數：

B9-2.EuroQol-5D-3L 999 無法評估 9 拒絕

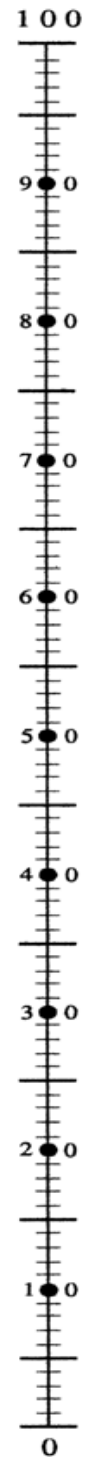
		日期(民國)	/ /	/ /
a.行動	1.我可以四處走動，沒有任何問題。			
	2.我行動有些不便。			
	3.我臥病在床。			
b.自我照顧	1.我能照顧自己，沒有任何問題。			
	2.我在盥洗、洗澡或穿衣方面有些問題。			
	3.我無法自己盥洗、洗澡或穿衣。			
c.平常活動 (如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動)	1.我能從事平常活動，沒有任何問題。			
	2.我在從事平常活動方面有些問題。			
	3.我無法從事平常活動。			
d.疼痛/不舒服	1.我沒有任何疼痛或不舒服。			
	2.我覺得中度疼痛或不舒服。			
	3.我覺得極度疼痛或不舒服。			
e.焦慮/沮喪	1.我不覺得焦慮或沮喪。			
	2.我覺得中度焦慮或沮喪。			
	3.我覺得極度焦慮或沮喪。			
VAS	最好的健康狀況 (0-100 分) (圖例如下頁)			

B9-3.EuroQol-VAS (European Quality of life-VAS)

999 無法評估 9 拒絕

為了幫助一般人陳述健康狀況的好壞，我們畫了一個刻度尺(有點像溫度計)，在這刻度尺上，100 代表您想像中最好的狀況，0 代表您想像中最差的狀況。我們希望就您的看法，在這個刻度尺上標出您今天健康狀況的好壞。請從下面方格中畫出一條線，連到刻度尺上最能代表您今天健康狀況好壞的那一點。

您今天的
健康狀態



B10.藥物評估-入院前用藥

藥物品項	劑量與單位	給藥途徑	給藥頻率	備註
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

出院前用藥

藥物品項	劑量與單位	給藥途徑	給藥頻率	備註
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

B11. 多重共病問題評估

B11-1. Modified Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G)

999 無法評估

疾病項目	嚴重程度計分： 0 無，1 輕微，2 中等， 3 重度，4 極重度
A.心臟問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)冠狀動脈心臟病、 <input type="checkbox"/> 2)心肌梗塞、 <input type="checkbox"/> 3)瓣膜性心臟病、 <input type="checkbox"/> 4)鬱血性心衰竭、 <input type="checkbox"/> 5)心律不整、 <input type="checkbox"/> 6)其他_____)	
B.周邊血管系統問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)高血壓、 <input type="checkbox"/> 2)周邊血管阻塞性疾病、 <input type="checkbox"/> 3)其他_____)	
C.造血系統問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)貧血、 <input type="checkbox"/> 2)血球增生異常、 <input type="checkbox"/> 3)凝血異常、 <input type="checkbox"/> 4)淋巴腺病變、 <input type="checkbox"/> 5)其他_____)	
D.呼吸系統問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)肺結核、 <input type="checkbox"/> 2)肺氣腫、 <input type="checkbox"/> 3)慢性支氣管炎、 <input type="checkbox"/> 4)哮喘、 <input type="checkbox"/> 5)肺炎、 <input type="checkbox"/> 6)塵肺症、 <input type="checkbox"/> 7)良性腫瘤、 <input type="checkbox"/> 8)其他_____)	
E.眼耳鼻喉問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)白內障、 <input type="checkbox"/> 2)青光眼、 <input type="checkbox"/> 3)黃斑退化、 <input type="checkbox"/> 4)視神經萎縮、 <input type="checkbox"/> 5)視網膜病變、 <input type="checkbox"/> 6)牙周病、 <input type="checkbox"/> 7)牙齒缺損、 <input type="checkbox"/> 8)失聰、 <input type="checkbox"/> 9)暈眩、 <input type="checkbox"/> 10)良性腫瘤、 <input type="checkbox"/> 11)其他_____)	
F.上消化道問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)胃炎、 <input type="checkbox"/> 2)潰瘍、 <input type="checkbox"/> 3)出血、 <input type="checkbox"/> 4)功能性障礙、 <input type="checkbox"/> 5)良性腫瘤、 <input type="checkbox"/> 6)其他_____)	
G.下消化道問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)出血、 <input type="checkbox"/> 2)痔瘡、 <input type="checkbox"/> 3)大便失禁、 <input type="checkbox"/> 4)良性腫瘤、 <input type="checkbox"/> 5)其他_____)	
H.肝膽胰臟問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)急性肝炎、 <input type="checkbox"/> 2)脂肪肝、 <input type="checkbox"/> 3)猛爆性肝炎、 <input type="checkbox"/> 4)肝硬化、 <input type="checkbox"/> 5)慢性病毒性肝炎、 <input type="checkbox"/> 6)良性腫瘤、 <input type="checkbox"/> 7)膽結石、 <input type="checkbox"/> 8)胰臟炎、 <input type="checkbox"/> 9)其他_____)	
I.腎臟問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)腎小球炎、 <input type="checkbox"/> 2)腎結石、 <input type="checkbox"/> 3)慢性腎功能不全、 <input type="checkbox"/> 4)良性腫瘤、 <input type="checkbox"/> 5)腎衰竭包括血液透析者、 <input type="checkbox"/> 6)其他_____)	
J.其他泌尿生殖系統問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)前列腺肥大、 <input type="checkbox"/> 2)尿失禁、 <input type="checkbox"/> 3)陰道炎、 <input type="checkbox"/> 4)良性腫瘤、 <input type="checkbox"/> 5)其他_____)	
K.肌肉骨骼皮膚問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)關節炎、 <input type="checkbox"/> 2)痛風、 <input type="checkbox"/> 3)骨折、 <input type="checkbox"/> 4)肌腱或其他軟組織炎、 <input type="checkbox"/> 5)骨質疏鬆、 <input type="checkbox"/> 6)其他_____)	

L.神經系統問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)腦中風、 <input type="checkbox"/> 2)帕金森氏症、 <input type="checkbox"/> 3)外傷、 <input type="checkbox"/> 4)癲癇、 <input type="checkbox"/> 5)良性腫瘤、 <input type="checkbox"/> 6)其他_____)	
M.內分泌，感染與代謝問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)糖尿病無併發症、 <input type="checkbox"/> 2)糖尿病合併有視網膜病變，腎臟病變或是周邊神經病變、 <input type="checkbox"/> 3)甲狀腺機能亢進或低下、 <input type="checkbox"/> 4)高血脂症、 <input type="checkbox"/> 5)停經症候群、 <input type="checkbox"/> 6)其他_____，包含糖尿病，甲狀腺，肥胖，乳房異常，感染性疾病與毒藥物問題)	
N.情緒與行為問題 <input type="checkbox"/> 0 無(<input type="checkbox"/> 1)失智、 <input type="checkbox"/> 2)憂鬱症、 <input type="checkbox"/> 3)精神分裂症、 <input type="checkbox"/> 4)妄想症、 <input type="checkbox"/> 5)譫妄、 <input type="checkbox"/> 6)其他_____)	
分數大於 1 分以上的項目有幾項	a
項目加總計分	b
嚴重程度計分 3 分以上的項目有幾項	c
嚴重程度計分 4 分以上的項目有幾項	d
嚴重度指標 (Severity index)	e=b/a

嚴重程度計分定義：

0 無：無此疾病診斷或者無此問題

1 輕度：有疾病診斷，但此疾病不影響日常生活之正常功能，不需要特別治療，或者治療後沒有影響，或者只有輕微影響到日常之生活機能者(若是曾經有癌症診斷，且過去 10 年內沒有藥物治療、復發或是後遺症者算是輕度)

2 中度：需要每天規則服藥控制的疾病，或者疾病對於日常生活有中等程度影響(若是曾經有癌症診斷，且過去 5 年內沒有藥物治療，復發或是後遺症者算是中度)

3 重度：需要複合 3 種以上藥物治療，或者第一線用藥以外治療的疾病，合併有日常生活功能明顯受限的狀況(若有癌症診斷，且過去 5 年內曾經接受任何治療方式，如：化學治療、放射治療、荷爾蒙治療，或是手術治療者算是重度)

4 極重度：日常生活功能嚴重受限，慢性疾病在使用最大限度的藥物治療，仍然只能部分控制疾病的症狀或者嚴重度，如：鬱血性心臟病、慢性阻塞性肺病末期，或者是非常急性病症需要"立即"進行介入治療者，如：急性心肌梗塞、急性中風、急性腸胃道出血、急性骨折等等，需要立即處理否則將危及生命的狀況 (癌症復發且危及生命，使用各種治療方式皆無法控制，或者接受緩和治療的癌症皆屬於極重度)。

B11-2. Age-adjusted Charlson's comorbidity index (ACCI) 999 無法評估

加權	疾 病	加權	疾 病
1	<input type="checkbox"/> 1-1.心肌梗塞	2	<input type="checkbox"/> 2-1.半側偏癱
	<input type="checkbox"/> 1-2.心衰竭		<input type="checkbox"/> 2-2.中到重腎衰竭
	<input type="checkbox"/> 1-3.周邊血管疾病		<input type="checkbox"/> 2-3.糖尿病合併慢性併發症
	<input type="checkbox"/> 1-4.腦中風		<input type="checkbox"/> 2-4.惡性腫瘤無轉移，白血病， 或淋巴瘤
	<input type="checkbox"/> 1-5.失智	3	<input type="checkbox"/> 3-1.中-嚴重度肝病
	<input type="checkbox"/> 1-6.慢性肺病	6	<input type="checkbox"/> 6-1.免疫不全
	<input type="checkbox"/> 1-7.結締組織疾病		<input type="checkbox"/> 6-2.腫瘤合併轉移
	<input type="checkbox"/> 1-8.輕度肝病		
	<input type="checkbox"/> 1-9.糖尿病無併發症		
	<input type="checkbox"/> 1-10 胃潰瘍		

B12. 衰老/肌少症問題

B12-1.Cardiovascular health study (CHS) 999 無法評估 9 拒絕

握力評估 (Weakness)	1 異常	0 正常
行走時間 (Slowness)	1 大於 7 秒	0 小於 7 秒
虛弱 (Sarcopenia) 過去一年是否有體重減輕大於 5 公斤？	1 有	0 無
做任何事情都容易疲累 (low energy/exhaustion)	1 有	0 無
低活動量 (low activities at leisure hour) Male : < 383 kcal/week Female : < 270 kcal/week 請問在工作之外的時間是否從事以下活動 (以一週之活動量進行評估) 1. 散步 (MET 2.5 kcal/Kg.hr) 2.5x 體重 x 每天平均 <u>A</u> 小時 x 7 天 = <u>a</u> 2. 健走，爬樓梯等活動 (MET 4.5 kcal/Kg.hr) 4.5x 體重 x 每天平均 <u>B</u> 小時 x 7 天 = <u>b</u> 3. 慢跑，游泳 (MET 6.5 kcal/Kg.hr) 體重 x 每天平均 <u>C</u> 小時 x 7 天 = <u>c</u> 4. 幾乎沒有 (MET 0.5 kcal/Kg.hr) 0.5x 體重 x 每天平均 <u>D</u> 小時 x 7 天 = <u>d</u>	1 低於標準值	0 高於標準值
總分		

總活動量數值 = \sum 活動類別之 MET x 體重 x 時間(小時) x 7 = a + b + c + d = results
，結果依性別判讀是否低於標準值

【出院狀況】

- a. 0 回原居住地：0 自家1 機構：_____ 2 其他_____ 連絡電話：_____
- b. 1 至新居住地：0 自家1 機構：_____ 2 其他_____ 連絡電話：_____
- c. 3 轉院（醫院：_____）
- d. 4 死亡

總評醫師：_____ 評估人員：_____

會診：精神_____ 復健_____ 社工_____ 營養師_____ 牙科_____

ENT_____ 出服_____ 居家護理_____ 中期照護_____ 其他_____

預掛：_____

協助申請：四角拐_____ 助行器_____ 輪椅_____ 助聽器_____

轉介：長照服務_____ 復健_____ SCIS_____ 其他_____

衛教活動

項目	病人或家屬簽名	項目	病人或家屬簽名	項目	病人或家屬簽名
認識高血壓		認識腦中風		認識糖尿病	
認識痛風		認識骨質疏鬆		認識冠狀動脈疾病	
認識老人姿勢性低血壓		預防便秘		預防跌倒	
老人運動指導		老人的口腔保健		老年憂鬱症的照護	
老人的皮膚照護		老人營養衛教		失眠改善衛教	
疼痛改善衛教		謔妄照護		關節炎的照顧	
失智症的照護		尿失禁照護		多重用藥	
視力不良		聽力不良		傷口/造口/管路的照護	
居家環境安全		居家復健指導		社會福利資源提供	
其他					