

附表 1

## 金門縣關懷獨居老人服務-個案資料表

案號：

案主姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號	
列管級別	<input type="checkbox"/> 第1級 <input type="checkbox"/> 第2級 <input type="checkbox"/> 第3級 <input type="checkbox"/> 第4級 <input type="checkbox"/> 第5級				
電話		生日	民國 年 月 日		
戶籍地址					
通訊地址					
興趣專長		信仰		之前從事業職	
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 大專			使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其它_____
緊急聯絡人		關係		聯絡電話	
地址					
家系圖					
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 兒子__人 <input type="checkbox"/> 女兒__人 / <input type="checkbox"/> 單身無子嗣 / <input type="checkbox"/> 未育有子女 <input type="checkbox"/> 其他共同居住_____人，關係_____				
住屋狀況	<input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 臨時住屋_____				
身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶老人 <input type="checkbox"/> 中(低)收入戶				

榮民身分	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
原住民身分	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
身障身份	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：障礙類別(第_____類)/障礙程度 ( <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重度)	
社福津貼	<input type="checkbox"/> 本縣戰地軍管時期老人慰助金_____元 <input type="checkbox"/> 榮民院外就養金_____元 <input type="checkbox"/> 老農(漁)津貼_____元 <input type="checkbox"/> 其他_____	
身體狀況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 眼部疾病 <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 心臟部 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨與關節疾病 <input type="checkbox"/> 老化 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腸胃部 <input type="checkbox"/> 其他_____	
活動型態	<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 部分自理(部分行動不便) <input type="checkbox"/> 完全無法自理	
輔助器材	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 其他	
目前使用之社會福利服務		
<input type="checkbox"/> 關懷訪視 <input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 餐飲服務( <input type="checkbox"/> 定點共餐 <input type="checkbox"/> 送餐到府) <input type="checkbox"/> 健康促進活動 <input type="checkbox"/> 機構入住 <input type="checkbox"/> 轉介其他服務單位		<input type="checkbox"/> 失能輔具購置服務 _____ <input type="checkbox"/> 老人緊急救援系統 <input type="checkbox"/> 老人假牙裝置補助 <input type="checkbox"/> 愛心手鍊申請(失智) <input type="checkbox"/> 居家服務申請 <input type="checkbox"/> 其他_____
補充備註(訪視員)：		
結案日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
結案原因	<input type="checkbox"/> 往生 <input type="checkbox"/> 遷居其他縣市 <input type="checkbox"/> 現與家人同住 <input type="checkbox"/> 其他_____	
備註：		
填表人： _____ 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

