

罕見疾病照護服務訪談紀錄單

姓名		身分證字號	
與罕見疾病人關係	<input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 母親 <input type="checkbox"/> 3. 父親 <input type="checkbox"/> 4. 兄 <input type="checkbox"/> 5. 弟 <input type="checkbox"/> 6. 姐 <input type="checkbox"/> 7. 妹 <input type="checkbox"/> 8. 其他: _____		
罕病名稱		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
服務人員	<input type="checkbox"/> 1. 護理師 <input type="checkbox"/> 2. 心理師 <input type="checkbox"/> 3. 社工師 <input type="checkbox"/> 4. 復健師 <input type="checkbox"/> 5. 營養師 <input type="checkbox"/> 6. 其他: _____		
服務方式	<input type="checkbox"/> 1. 電話 <input type="checkbox"/> 2. 到宅訪視 <input type="checkbox"/> 3. 於就診時併同辦理 <input type="checkbox"/> 4. 其他: _____		
服務日期	年 月 日		
服務項目	照護服務重點內容	處置說明	
<input type="checkbox"/> 1. 告知疾病之影響	<input type="checkbox"/> 1-1. 對生長發育可能產生之影響。 <input type="checkbox"/> 1-2. 對生育及其子女可能產生之影響。 <input type="checkbox"/> 1-3. 對日常生活與生活環境及飲食可能產生之影響。 <input type="checkbox"/> 1-4. 對就學、就業可能產生之影響。 <input type="checkbox"/> 1-5. 其他對生理、心理及社會健康層面可能產生之短期、中期或長期之影響。		
<input type="checkbox"/> 2. 心理支持	<input type="checkbox"/> 2-1. 疾病適應之增進。 <input type="checkbox"/> 2-2. 自我認同能力之提升。 <input type="checkbox"/> 2-3. 家庭及人際關係之增進。 <input type="checkbox"/> 2-4. 安排病友團體之支持。 <input type="checkbox"/> 2-5. 心靈或悲傷之輔導。 <input type="checkbox"/> 2-6. 其他心理支持之服務。		
<input type="checkbox"/> 3. 生育關懷	<input type="checkbox"/> 3-1. 遺傳及相關檢查之諮詢。 <input type="checkbox"/> 3-2. 生育之諮詢。 <input type="checkbox"/> 3-3. 其他必要之諮詢與關懷。		
<input type="checkbox"/> 4. 照護諮詢	<input type="checkbox"/> 4-1. 醫療補助之資訊。 <input type="checkbox"/> 4-2. 取得特殊營養食品之資訊。 <input type="checkbox"/> 4-3. 緊急需用藥物之資訊。 <input type="checkbox"/> 4-4. 國外接受治療或國際代行檢驗之國際醫療合作之資訊。 <input type="checkbox"/> 4-5. 國內檢驗服務之資訊。 <input type="checkbox"/> 4-6. 維持生命所需居家醫療照護器材之資訊。 <input type="checkbox"/> 4-7. 社會福利及有關民間團體之資 <input type="checkbox"/> 4-8. 其他必要之照護資訊。		
服務建議	處理摘要：		
	下次處理目標及建議：		
	團隊討論摘要：		

專案主管：

照護服務人員：

（經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應）