

高雄市政府獨居老人生活關懷表

本頁採系統登錄

訪查時間： 年 月 日 時 分

一、獨居老人資料	
姓名	<input type="checkbox"/> 拒絕訪查 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
出生年月日	年 月 日 身分證字號
電話號碼	手機號碼
Line ID	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 緊急聯絡人 姓名(關係)： 電話：
戶籍地址	縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里 街/路 段 巷 弄 號 樓
居住地址	<input type="checkbox"/> 與戶籍地址相同 <input type="checkbox"/> 未住戶籍地(請續填) <input type="checkbox"/> 居住地址不詳 <input type="checkbox"/> 居住地址為： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里 街/路 段 巷 弄 號 樓 <input type="checkbox"/> 查無此人，說明：
住宅類型	<input type="checkbox"/> 電梯大樓 <input type="checkbox"/> 有電梯公寓 <input type="checkbox"/> 有電梯透天樓房 <input type="checkbox"/> 無電梯公寓 <input type="checkbox"/> 無電梯透天樓房 <input type="checkbox"/> 平房 <input type="checkbox"/> 其他：
居住狀況	<input type="checkbox"/> 與他人同住，同住情形： <input type="checkbox"/> 同住者有照顧能力，同住者為 (年齡： 歲)； <input type="checkbox"/> 外籍移工(看護)同住 <input type="checkbox"/> 1人獨自居住； <input type="checkbox"/> 同住配偶年滿65歲； <input type="checkbox"/> 同住者無照顧能力，說明：(如身障者)
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 初(國)中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 有配偶或同居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚或分居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他：
有無子女	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 存：兒子 人，女兒 人，任一子女是否跟您住在同一縣市？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
身體狀況	1. 您覺得自己目前健康狀況如何？ <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 還算好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不太好 <input type="checkbox"/> 很不好 2. 身高 公分。體重 公斤，近3個月體重 <input type="checkbox"/> 無改變 <input type="checkbox"/> 減輕1-3公斤 <input type="checkbox"/> 減輕3公斤以上 <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 不知道 3. 過去3個月食慾狀況如何？ <input type="checkbox"/> 嚴重食慾不佳 <input type="checkbox"/> 中度食慾不佳 <input type="checkbox"/> 無變化 4. 是否有下列疾病(可複選)： <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨與關節疾病 <input type="checkbox"/> 癌症： <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 以上均無 5. 最近3個月是否有住院、手術，或到急診就醫？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(疾病：) 6. 是否重聽？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請續填)，佩戴助聽器： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 7. 是否視力不好？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
與親友互動(如：子女、手足)	<input type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 每月少於1次 <input type="checkbox"/> 每個月1次 <input type="checkbox"/> 每個月2-3次 <input type="checkbox"/> 每周1次 <input type="checkbox"/> 每周2-6次 <input type="checkbox"/> 每天
與鄰居互動	<input type="checkbox"/> 從未 <input type="checkbox"/> 每月少於1次 <input type="checkbox"/> 每個月1次 <input type="checkbox"/> 每個月2-3次 <input type="checkbox"/> 每周1次 <input type="checkbox"/> 每周2-6次 <input type="checkbox"/> 每天
最近三個月生活所遇到的困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請續填，可複選) <input type="checkbox"/> 三餐無法溫飽 <input type="checkbox"/> 無人可協助就醫 <input type="checkbox"/> 租屋困難 <input type="checkbox"/> 最近記憶力不好 <input type="checkbox"/> 外出交通不方便(例如缺乏公車或客運) <input type="checkbox"/> 其他：
最近三個月感到煩惱的事情	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請續填，可複選) <input type="checkbox"/> 自己受傷或疾病 <input type="checkbox"/> 親人受傷或疾病 <input type="checkbox"/> 親人離世 <input type="checkbox"/> 自己經濟問題(如債務) <input type="checkbox"/> 被詐騙 <input type="checkbox"/> 子女、孫子女問題(如打擾生活、財務處理等) <input type="checkbox"/> 其他：
遇到困難時求助或商量對象	<input type="checkbox"/> 無(請續填，可複選)： <input type="checkbox"/> 沒發生過 <input type="checkbox"/> 不想麻煩別人，都是自己想辦法 <input type="checkbox"/> 找不到人可以協助 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 有(請續填，可複選)： <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 村里長 <input type="checkbox"/> 社區志工 <input type="checkbox"/> 大廈管理員 <input type="checkbox"/> 其他：
日常生活訊息管道(如：健康、氣象、詐騙資訊)	(可複選) <input type="checkbox"/> 電視 <input type="checkbox"/> 報紙 <input type="checkbox"/> 廣播 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 村里長 <input type="checkbox"/> 親友或鄰里 <input type="checkbox"/> 社群媒體(如：Line、FB、IG) <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 以上均無
社會活動	過去三個月實際參與活動(可複選)： <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 擔任志工 <input type="checkbox"/> 學習新事物 <input type="checkbox"/> 四處旅遊 <input type="checkbox"/> 健身運動 <input type="checkbox"/> 參與宗教活動 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 以上均無 目前特別想做的事(可複選)： <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 擔任志工 <input type="checkbox"/> 學習新事物 <input type="checkbox"/> 四處旅遊 <input type="checkbox"/> 健身運動 <input type="checkbox"/> 參與宗教活動 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 以上均無
居家安全	您在家中是否感到安全？ <input type="checkbox"/> 很安全 <input type="checkbox"/> 大致安全 <input type="checkbox"/> 有些不安全 <input type="checkbox"/> 很不安全
過去兩周心情	您是否覺得寂寞？ <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 只有幾天 <input type="checkbox"/> 一半以上天數 <input type="checkbox"/> 幾乎每天 您是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？ <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 只有幾天 <input type="checkbox"/> 一半以上天數 <input type="checkbox"/> 幾乎每天 您是否感覺做事情失去興趣或樂趣？ <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 只有幾天 <input type="checkbox"/> 一半以上天數 <input type="checkbox"/> 幾乎每天 【註】只有幾天：1至6天；一半以上天數：7至11天；幾乎每天：12至14天
接受其他服務的意願	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請續填，可複選) <input type="checkbox"/> 參加社區據點 <input type="checkbox"/> 關懷服務 <input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 安裝緊急救援裝置 <input type="checkbox"/> 轉介： <input type="checkbox"/> 長照 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 其他服務，長者期待：
二、觀察題(請訪查員就剛剛與受訪者談話所觀察到的情況，填寫下面題項)	
精神狀況	<input type="checkbox"/> 在訪談過程中，長者有提到自殺意念 <input type="checkbox"/> 無特殊情形
自我照顧情形	<input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 可以，但行動緩慢 <input type="checkbox"/> 不可以(請續填，可複選) <input type="checkbox"/> 需要別人幫助才能移動 <input type="checkbox"/> 衣物不乾淨 <input type="checkbox"/> 身上有異味(例如尿騷味) <input type="checkbox"/> 使用器具(例如輪椅、拐杖)就可以自行移動 <input type="checkbox"/> 其他：
居家環境衛生與安全	衛生問題(可複選) <input type="checkbox"/> 環境物品十分髒亂 <input type="checkbox"/> 衣著不符季節 <input type="checkbox"/> 食品雜置、蚊蠅蟑螂紛飛 <input type="checkbox"/> 通風不良 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 以上均無 <input type="checkbox"/> 無法觀察 安全問題(可複選) <input type="checkbox"/> 電線裸露 <input type="checkbox"/> 照明設備不足(如夜起時) <input type="checkbox"/> 未裝設住宅用火災警報器 <input type="checkbox"/> 多電器使用同一插座 <input type="checkbox"/> 熱水器安裝於室內，且不通風 <input type="checkbox"/> 爐火(例如瓦斯爐、電熱器)周圍堆放可燃物 <input type="checkbox"/> 出入動線囤積雜物 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 以上均無 <input type="checkbox"/> 無法觀察
三、特殊題項(橘色、黃色、綠色)勾選結果，由系統後台自動計算。	

高雄市政府

壹、個人資料蒐集聲明暨同意書

- 一、依據衛生福利部擴大獨居老人服務實施計畫辦理。
- 二、取得您的個人資料，目的在於瞭解獨居老人的生活情形，並作為推動獨居老人相關政策之參考。
- 三、本次蒐集、處理及利用您的個人資料，內容包括姓名、出生年月日、居住狀況、婚姻、家庭、聯絡方式、身體狀況、社會活動等，皆依個人資料保護法及相關法規辦理。
- 四、為瞭解轄內獨居老人的生活情形，您同意配合衛生福利部擴大推動獨居老人服務相關政策，處理及使用您的個人資料。
- 五、本聲明暨同意書如有未盡事宜，依個人資料保護法或其他相關法律之規定辦理。
- 六、您瞭解此同意書符合個人資料保護法及相關法規之要求，具有書面同意衛生福利部及高雄市政府蒐集，並依政策執行時間所需處理及使用您個人資料之效果。

我已詳閱本同意書，同意不同意個人資料於上開範圍內使用。

貳、串聯健康資料的意願

我同意不同意將這份生活關懷表訪查結果，供國家型健康資料庫(如健保資料、長照資料等)分析使用，僅作為 115-116 年度獨居老人政策服務成效評估用途。

立書人：_____ (須本人簽名、蓋章或手印)

中華民國 年 月 日

社政訪查人員受訪資訊保密同意書

立同意書人_____同意於參與高雄市辦理「擴大獨居老人服務計畫」期間，遵守以下事項：

- 一、為維護公務機密及相關業務個人資料保護，對於參與獨居老人訪查作業期間接觸相關之個人秘密、隱私及持有之相關資料，負保密之責，不得無故洩露或公開。
- 二、遵守「個人資料保護法」法令及各專業服務倫理規定，不私自蒐集任何資訊，不將上開資訊洩漏、複製、轉讓、再使用或交付第三人。
- 三、如因違反相關法規所生之損害，本人願負法律上責任，不再擔任獨居老人訪查員後亦同。

立同意書人：_____

身分：社會局/處社工志工其他

身分證字號：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日