

屏東縣年度專業服務 成效評估紀錄 服務單位名稱：_____

姓名		身分證字號		性別		身分別					
緊急聯絡人		電話		關係							
地址				生日							
服務代碼		服務期程 (原則不逾12週/12次,可延長週數不可增加次數)			_____週內, _____組/次服務						
相同服務期程中,有無接受 健保復健服務	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有,(下方請敘明頻率、期間及提供復健服務之機構)										
個案(或家屬)最希望改善的復能目標 (日常生活活動項目)											
個案日常活動功能量表(ADL)											
ADL	進食	洗澡	個人修飾	穿脫衣物	大便控制	小便控制	如廁	移位	走路	上下樓梯	總分
初評分數											
結評分數											
個案工具性日常活動功能量表(IADL)											
IADL	使用電話	購物	備餐	處理家務	洗衣服	外出	服用藥物	處理財務的能力		總分	
初評分數											
結評分數											
復能訓練目標(服務期程內之復能服務以3項訓練目標為原則)											
階段	訓練目標(須包含目標活動之執行方式及協助程度)						指導對象				
1							<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 主要照顧者				
	服務介入 前 目標活動執行情形： 預計達標服務次數： _____ 次 達標： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因)						服務人員職章及日期：				
2							<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 主要照顧者				
	服務介入 前 目標活動執行情形： 預計達標服務次數： _____ 次										

	達標： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因)	服務人員職章及日期：
3		<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 主要照顧者
	服務介入前目標活動執行情形： 預計達標服務次數： 次 達標： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因)	服務人員職章及日期：
結案報告		
說明： <input type="checkbox"/> 結案： <input type="radio"/> 達成復能目標 <input type="radio"/> 個案狀況改變，不能繼續 <input type="radio"/> 個案/家屬拒絕 <input type="radio"/> 其他：		
<input type="checkbox"/> 建議延案____週內，____組/次，預期效益：		

服務人員職章：

服務單位主管：