**安寧照顧基金會 哀傷關懷訪視申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基金會編號： | |  | | | | | 申請日期： | | | |  | | | | | |
| 合約機構 | 申請項目 | □哀傷關懷訪視補助 □哀傷關懷訪視轉介 | | | | | 本年度申請次數  (本欄位由本會填寫) | | | | 第\_\_\_\_\_年度，第\_\_\_\_\_\_次 申請總金額： | | | | | |
| 申請機構 |  | | | | | 部 門 | | | |  | | | | | |
| 填表/承辦人 |  | | | | | 聯絡電話 | | | | ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分機 | | | | | |
| 傳真號碼 | | | | ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 病人姓名 | |  | | | | | 出生日期 | | | | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | | | | |
| 死亡日期 | | | | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | | | | |
| 病人身分證字號 | |  | | | | | 性別 | | | | □女 □男 | | | | | |
| 通訊處 | |  | | | | | | | | | 電話 | | | |  | |
| 病人接受安寧照護類型 | | □ 安寧住院 □ 安寧共照 □安寧居家 | | | | | | | | | | | | | | |
| 哀傷個案(家屬)姓名1 | |  | | 關係 |  | | | 年齡 |  | | | 家屬代表連絡人 | | | | |
| 哀傷個案(家屬)姓名2 | |  | | 關係 |  | | | 年齡 |  | | | 姓名 | | | |  |
| 哀傷個案(家屬)姓名3 | |  | | 關係 |  | | | 年齡 |  | | | 電話 | | | |  |
| 個案同意接受哀傷關懷 | | 確認日期 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 個案居住地址 | |  | | | | | | | | 個案連絡電話： | | | | | | |
| 本院關懷人員 姓名1 | |  | | 職別 |  | | | 手機 | |  | | | email | | |  |
| 本院關懷人員 姓名2 | |  | | 職別 |  | | | 手機 | |  | | | email | | |  |
| 預定關懷型式 | | □電話會談 □居家訪視會談 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| 關懷說明 | | 一、高風險哀傷評估概述： | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭基本評估 (含家系圖) | | 一、家系圖、家庭同住關係  二、家庭主要成員概述  填表人簽章： 　　　　職稱： | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊申請醫院無法安排關懷人員，無須填寫以下證明，請填寫【附件二】哀傷關懷轉介檢核單，由本會協助安排轉介 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **請勾選所附證明文件：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □哀傷關懷人員簽單 | | | □關懷個案紀錄表 | | | □居家訪視/交通費單據 | | | | | | | | □其它： | | |
| 本次申請補助金額： 元 (請附受款人存摺封面影本) | | | | | | | | | | | | | | | | |



**※以下由基金會填寫※**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 審核 |  | 日期 |  |

**安寧照顧基金會 哀傷關懷轉介檢核單**

**附件**

(須由安寧照顧基金會轉介哀傷關懷專業人員，請填寫下列資料)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 轉介醫院名稱 |  | 轉介單位 |  |
| 填表人姓名 |  | 填表人聯絡電話 |  |
| 填表人職稱 |  | 填表人E-mail |  |
| 喪親個案姓名 |  | 個案與逝者的關係 |  |
| **一、喪親個案符合以下條件（請勾選符合項目）：**   * 喪親個案過世之親人為在合約醫院安寧照護期間過世者   □ 病人於安寧病房期間過世（含出院後24小時內過世）  □ 病人於安寧居家期間過世  □ 病人於安寧共同照護期間過世（主責共照師姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）   * 喪親三個月以上，且因喪親事件出現明顯適應困難、社會功能受損； * 合約醫院安寧團隊於該個案喪親後已完成初步哀傷評估及關懷追蹤（🞏有會談紀錄）； * 喪親個案同意接受轉介，並同意接受哀傷關懷（同意日期： 年 月 日）   **二、喪親個案符合以下條件（請勾選符合項目）：**   * 喪親個案或其家庭因親人過世而與醫療院所有醫療糾紛之虞； * 喪親個案有已知的精神疾病診斷（如，重鬱症、雙極症、精神分裂症等）； * 喪親個案有已知的重大心智障礙（如，腦傷、失智症、自閉症等）； * 喪親個案有已知的暴力傾向、物質濫用等潛在危險性，可能威脅哀傷專業關懷人員提供心理服務時之人身安全者。 | | | |
| **三、自殺與自我傷害評估**  1. 喪親後的哀傷追蹤中，是否有進行自殺與自我傷害評估？  □是（續填下列題目）　 □否（請跳至本表末端填寫）  2. 進行評估的方式？（可複選） □會談 □量表，量表名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，分數\_\_\_\_\_\_\_\_\_  　　　　 □其他（請簡述）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. 簡述評估結果與建議：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **四、轉介哀傷關懷特殊注意事項：** | | | |
| **五、相關附件**：　□喪親後初步哀傷評估及關懷追蹤摘要記錄與評估結果  　　　　　　 □其它相關資料：\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **上述文字陳述內容及勾選之檢核項目，均在本人及本院醫療團隊所知之範圍內，誠實揭露，未有隱瞞。**  **填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日　　　　　填表人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |