**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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |