

身為一名家庭照護者，我需要具備哪些條件？

身為一名家庭照護者

您和您的家人是否住在同一棟屋子或公寓裡？ 是 否

如果否，你們是否住在同一個： 城鎮或社區 城市 州 國家

您是否有一份或多份工作？ 是 否

如果是的話，您的工作性質是： 全職 兼職

如果是兼職，您每星期工作幾小時？ _____

您有 18 歲以下的孩子嗎？ 是 否

您需要照顧其他病患或殘障者嗎？ 是 否

如果是的話，您要照顧的是： 小孩 其他大人

您有任何健康方面的問題會影響您的照護工作嗎？ 是 否

如果是的話，這些問題的原因是： 關節炎 氣喘 背部問題 糖尿病
(勾選所有適用項目)

其他

有其他人(例如家人或朋友)協助您照顧病人嗎？

是 否

如果是的話，他們是否住在同一個： 大樓、房子或公寓 城鎮或社區

城市 州 國家

如何幫助您的家人

您身為一名家庭照護者，可能要負責您的家人在家中所需要的協助。您可能需要處理列於下表中的許多事項。請針對每個項目，勾選適當的答案：**我不必接受訓練就能協助**、**我必須接受訓練才能協助**，**或者我沒辦法協助**。如果您的家人不需要某個或某些項目的協助，就直接跳過，繼續進行其他項目的回答。

需要做的事	我不必接受訓練就能協助	我必須接受訓練才能協助	我沒辦法協助
洗澡 (淋浴、泡澡或用臉盆洗澡)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣 (穿衣和脫衣)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吃東西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
個人衛生 (例如刷牙)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整理儀容 (例如洗頭或剪指甲)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如廁 (到廁所或換尿布)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動 (例如從床上移到椅子上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
行動 (包括行走)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
藥物 (訂購藥物、整理藥物，以及按醫生處方給藥)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症狀處理 (例如疼痛或噁心)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
使用器材 (例如氧氣、點滴)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
協調病人照護 (包括與醫生、護士和其他醫護人員討論)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
預約和安排看診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
開車或安排交通工具 (例如汽車、公車或計程車)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
做家事 (例如採買、做飯和洗衣)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
處理帳務 (包括跑銀行和付帳單)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

家庭/社區服務

如果您的家人曾經接受過居家照護或其他服務，請與護士或個案經理討論這些服務。您可能也想與他們討論下面列出的「其他服務」中的一些服務選項。

勾選您的家人在這次住院之前曾經接受過的所有服務：

居家照護

如果接受過居家照護，請註明當初提供服務的照護機構名稱、保險是否給付，以及照護時數：

醫療補助 (Medicaid)

機構名稱 _____ 每週時數 _____

聯邦醫療保險 (Medicare)

機構名稱 _____ 每週時數 _____

私人保險

機構名稱 _____ 每週時數 _____

自費

機構名稱 _____ 每週時數 _____

請提供此居家照護機構的聯絡資訊：

其他服務

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 居家陪伴 | <input type="checkbox"/> 老人中心 |
| <input type="checkbox"/> 送餐到府 (Meals on Wheels) | <input type="checkbox"/> 交通服務 |
| <input type="checkbox"/> 個人緊急救援系統 | <input type="checkbox"/> 成人日托 |
| <input type="checkbox"/> 其他 | |

擔憂

家庭照護者的責任重大。有時我會擔心：

(勾選所有適用項目)

- 我的壓力太大，不知如何處理
- 如何找時間休息 (暫時卸下家庭照護工作，喘口氣)
- 我家人的病況對我和其他關心他 (她) 的人而言，意義非常重大
- 如何管理藥物和照護我的家人
- 如何應付我家人的行為 (例如拒絕吃飯或洗澡) 和情緒 (例如生氣、排斥和怨恨)
- 我的家人在家是否安全，或者他 (她) 神智恍惚的時候該怎麼辦
- 我家人居住的條件，以及他 (她) 是否需要搬到別的地方住 (例如養老院或生活輔助住宅)
- 如何代替我的家人做醫療決定 (以醫療代理人的身份)
- 如何向其他親朋好友說明我現在的情況
- 法律問題 (例如「生前預囑」、「授權委託書」和其他文件)
- 如何支付照護費用
- 萬一我的家人需要臨終照護，我該怎麼辦

備註和問題

我可以打電話或親自前往求助的地點和人員

請護士、個案經理或社工人員介紹您一些可以協助解決這些憂慮的組織和輔導人員。

組織名稱

輔導人員

電話號碼

他們如何協助

組織名稱

輔導人員

電話號碼

他們如何協助
