

桃園市政府衛生局

113 年度「潛在失智症個案社區篩檢暨個案追蹤管理計畫」

獎補助案

說明：

- 一、為加強失智疑似個案追蹤、轉介、確診及運用社會福利資源，提供失智症個案社區照顧服務及家庭照顧者支持服務，以建全本市失智症醫療照護網絡，本案結合「潛在失智症個案交通費補助」、「失智症診斷證明書」及「疑似失智個案轉介」三項獎補助。
 - 二、疑似失智個案轉介
 - (一) 服務內容：
 1. 執行單位：藉由本市社區關懷據點、原住民族文化健康站、社區藥局及基層醫療院所（包括中、西、牙醫）等相關單位發掘極早期及疑似失智症個案，即時轉介至本市特約失智共同照護中心（以下稱失智共照中心）納入個案追蹤及照護管理。
 2. 執行方式：由執行單位將「記憶健檢(AD-8 極早期失智症篩檢量表)篩檢量表」(附件 1) 篩檢疑似異常個案 ($AD-8 \geq 2$)，填寫桃園市政府衛生局「疑似失智個案轉介單」(附件 2)，正本由原轉介單位留存，以傳真或轉存 PDF 電子檔寄至本市特約失智共照中心指定傳真號碼(附件 3)，轉介個案經本市失智共照中心個案管師評估收案(回饋轉介回條)，個案確實接受共照中心的照護諮詢服務，始列入成功轉介個案。
 - (二) 補助對象：本市本市社區關懷據點、原住民族文化健康站、社區藥局及基層醫療院所（包括中、西、牙醫）等相關單位。
 - (三) 補助費用：執行單位完成疑似失智個案轉介，經失智共照中心個案管師評估符合收案標準，且確實接受失智共照中心的個案管理服務者，給予原轉介據點或醫療院所行政費，每案新臺幣 200 元整。

- (四) 請領流程：於每月 5 日前將上個月「疑似失智個案轉介單」之轉介回條(附件 2) 1 份、113 年「疑似失智個案轉介清冊」(附件 4) 1 份、及 113 年「疑似失智個案轉介計畫-轉介費用申請領據」(附件 5) 1 式 2 份，向本局申請費用，本局行政審查核可後支付費用並執行補助費用罄為止。
- (五) 執行轉介之單位或醫療院所，每家僅得就同一轉介對象申請 1 次行政費用，轉介單位需先自行確認，避免重複申請(如同一個案分別由 2 家以上單位轉介，則以轉介單先送達本局者，核發轉介費)，惟不限制單位申請轉介費年度總額度。

三、潛在失智個案至醫療院所接受診察

(一) 服務內容：

1. 篩檢對象：本市 50 歲以上市民。
2. 篩檢暨追蹤管理單位：本市 13 區衛生所、失智社區服務據點、長期照顧服務中心、醫療小管家合約院所及社區醫療群等。
3. 服務方式：
 - (1) 篩檢暨轉介：以「AD-8 極早期失智症篩檢量表」執行篩檢、追蹤及轉介篩檢疑似異常個案($AD-8 \geq 2$)。
 - (2) 個案管理：針對失智確診個案進行個案追蹤管理、衛教、必要時訪視、提供社會福利資源等。

(二) 補助費用及請領流程：

1. 補助對象：經篩檢單位篩檢結果 $AD-8 \geq 2$ ，並由轉介流程接受失智症診察之疑似異常個案。
2. 交通補助費用：篩檢結果 $AD-8 \geq 2$ 之個案經轉介至醫療院所，接受進一步診察者，每案就醫 1 次補助新臺幣 200 元整，最多補助 3 次合計新臺幣 600 元整。
3. 請領流程：由篩檢單位檢具個案領據(附件 6)、個案篩檢量表(附件 1)、早期介入門診轉介/診察/回覆單(附件 7)、就醫佐證資料，

個案管理追蹤清冊（附件 8），向本局申請費用，本局行政審查核可後支付費用並執行補助費用罄為止。

四、個案開立失智症診斷證明書

- （一）補助對象：經篩檢確診為失智症之本市市民，申請開立診斷書，至本市失智據點參與活動且有一筆以上上課紀錄者。
- （二）補助費用：考量醫療院所間費用差異，本經費請領採核實支付，上限新臺幣 200 元整。
- （三）請領流程：經診斷為失智症並自費申請 113 年度診斷證明書者，由相關單位（如失智據點）檢具個案領據（附件 9）、個案診斷證明書影本及診斷證明書請領收據，相關單位須檢附清冊（附件 10），向本局申請費用，本局行政審查核可後核實支付費用並執行補助費用罄為止。

五、本案收件截止日為 113 年 12 月 16 日(以郵戳為憑)，請於期限內備齊相關資料，寄回或親送本局長期照護科業務承辦人彭小姐（330 桃園市桃園區縣府路 55 號）申請費用。

桃園市政府衛生局

記憶健檢(AD-8 極早期失智症篩檢量表)篩檢量表

*填表日期：____年____月____日

*填表地點：衛生所、醫療院所、社區服務據點、其他_____

*姓名：_____ *身分證統一編號：_____ *性別：男女

*出生年月日：____年____月____日

*居住地址：桃園市_____區_____路(街)_____巷_____弄_____號_____樓
非桃園市_____

*是否為原住民：是 否 *連絡電話：(家用)_____ (手機)_____

*教育程度：未就學、國小畢(肄)、國中畢(肄)、高中畢(肄)、大學以上畢(肄)

※最近 1 年內是否曾經填寫過此篩檢量表？否 是

填表說明：若您以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的改變，請勾選「是，有改變」。 若無，請勾選「不是，沒有改變」；若不確定，請勾「不知道」	是， 有改變	不是， 沒有改變	不知道
1.判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。			
2.對活動和嗜好的興趣降低。			
3.重複相同問題、故事和陳述。			
4.在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐(器)、微波爐、遙控器。			
5.忘記正確的月份和年份。			
6.處理複雜的財物上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。			
7.記住約會的時間有困難。			
8.有持續的思考和記憶方面的問題。			
總得分		← 請填入回答 「是，有改變」 之總題數	

楊淵韓、劉景寬譯，NEUROLOGY，2005；65:559-564

*若量表總得分大於或等於 2 分，您可能需要透過更詳細的檢查，由專業醫師進行診斷。

桃園市政府衛生局 關心您

*篩檢單位：_____

*篩檢人員：_____

桃園市政府衛生局「疑似失智個案轉介單」

111 年 7 月 14 日制定

轉介日期		受理轉介失智共同照護中心名稱	
個案基本資料	姓名		身分證字號
	出生年月日	民國 年 月 日	聯繫電話
	居住地址		
	失智確診狀況	疑似 AD-8: _____ 確診 <input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	
主要照顧者基本資料	姓名		與個案關係
	聯繫電話	<input type="checkbox"/> 同個案	
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同個案	
個案問題及轉介需求			
家屬是否同意轉介個案至失智共同照護中心接受服務	<input type="checkbox"/> 是 家屬簽名: _____		
轉介單位名稱		聯繫電話	
轉介人員核章		單位主管核章	

轉介回條(個案處理回覆，請回傳給原轉介單位)

結果: 予以收案，提供服務日期_____

不予收案，原因: _____

其他原因: _____

回覆人員核章: _____ 日期: _____

受轉介單位主管核章: _____

附件3

113年度桃園市失智社區服務據點及失智共照中心聯繫窗口

113年度桃園市失智共照中心聯繫窗口							
編號	執行單位	區域	姓名	電話	傳真	電子郵件	地址
1	長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院	龜山區	廖芯慧	(03)319-6200分機2199	-	-	龜山區頂湖路123號
2	天成醫療社團法人天晟醫院	中壢區	劉嘉琳	(03)462-9292分機23807	(03) 4511193	-	中壢區延平路155號
3	聯新國際醫院	平鎮區	高玉娟	(03)494-1234分機4178	(03) 2831328	-	平鎮區廣泰路77號
4	衛生福利部桃園醫院	桃園區	陳至潔	(03)369-9721分機2279	-	tyghdementia0601@mail.tygh.gov.tw	桃園區中山路1492號
5	沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院	桃園區	彭如瑜	(03)361-3141分機6810	(03)3773377	-	桃園區建新街123號
6	臺北榮民總醫院桃園分院	桃園區	呂念諭	(03)3384889分機3888	(03)3387833	-	桃園區成功路三段100號
7	怡仁綜合醫院	楊梅區	林家瑩	(03)485-5566分機6115	(03) 4758884	-	楊梅區楊新北路321巷30號

附件4

桃園市政府衛生局113年「疑似失智個案轉介清冊」

月份：

編號	轉介日期	轉介失智共照中心	個案姓名	身分證號	聯絡人姓名	聯絡電話	居住地址	後續追蹤(如：何時接受服務)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

轉介單位：

代表人：

聯絡人：

地址：

電話：

代表人用

機構印信

桃園市政府衛生局
113年「疑似失智個案轉介計畫-轉介費用申請領據」

113年1月17日修定

茲收到_____年_____月疑似失智個案之個案轉介費用計新臺幣_____元
整

此致

桃園市政府衛生局

機
關
印
信

機構名稱：_____

統一編號：_____

機構住址：_____

聯絡電話：_____

入帳戶名：_____

入帳金融機構名稱(分行)、帳號：_____

製表：

單位主管：

負責人：

出納：

會計：

中華民國 年 月 日

註1：本表1式3份，2份送衛生局，1份由申請單位留存。

桃園市政府衛生局
113 年度轉介個案交通補助費收據

_____君(身分證統一編號：_____)於 113 年_____
至_____醫院進行失智症相關檢查，茲向桃園市政府衛生局請領
交通補助費，共計新臺幣_____元整。

此據

具領人 本人： (請蓋私章)

代理人： (請蓋私章)

與個案關係(檢附證明):

身分證統一編號：

住址：

電話：

匯款戶名：

匯款銀行：

匯款帳號： (請提供帳戶影本)

中 華 民 國 年 月 日

附註：

- (一)對象：經篩檢單位篩檢結果 AD-8 \geq 2 分，經由轉介流程接受失智症診察之個案。
- (二)個案經由本計畫篩檢、轉介，並由本市設有精神科、神經內科或記憶門診醫療院所進行失智症相關檢查，依就醫次數補助，每案最多補助新臺幣 600 元整。
- (三)由篩檢單位檢附個案領據(附件 1)、個案篩檢量表影本(附件 2)、早期介入門診轉介/診察/回覆單(附件 3)、個案管理追蹤清冊(附件 4)，得以向本局申請費用，本局行政審查核可後支付費用。
- (四)本案相關費用申領，所含附件證明若為影本，請加蓋「與正本相符」章及職章。
- (五)匯費規定：如個人金融帳戶屬臺灣銀行帳戶，則免扣匯費；非屬臺灣銀行帳戶，則需內扣匯費(由具領人自行支付)。
- (六)若為代理人代領，請載明與個案之關係，並檢附相關佐證資料。

附件 7 桃園市政府衛生局 AD-8 極早期失智症篩檢量表異常個案

早期介入門診轉介/診察/回覆單

_____ 醫院 _____ 醫師 您好：

桃園市政府衛生局本年度委託各區衛生所及基層醫療院所，推行「潛在失智症記憶健檢計畫」；由於透過 AD-8 極早期失智症篩檢量表，發現此個案有疑似認知障礙問題，故將個案轉介至貴院，敬請協助相關檢查診斷，並請填寫下方回覆欄位後傳真回覆轉介單位，謝謝。

桃園市政府衛生局 敬啟

二次篩檢單位	身分證統一編號		姓名		出生日期	年 月 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	原住民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	連絡電話	家用： 手機：
	主要照護者		關係		連絡電話	
	居住地址	桃園市 _____ 區 _____ 路(街) _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
	教育程度	<input type="checkbox"/> 未就學、 <input type="checkbox"/> 國小畢(肆)、 <input type="checkbox"/> 國中畢(肆)、 <input type="checkbox"/> 高中畢(肆)、 <input type="checkbox"/> 大學以上畢(肆)				
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 個人資料轉知有關單位以提供社會福利資源或關懷訪視等訊息					
特殊記事	A. AD-8 總分： B. three-object recall test： <input type="checkbox"/> 未完成 <input type="checkbox"/> 完成 C. 是否接受長期照顧相關服務： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；服務名稱：_____ D. 是否定期就醫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；看診科別：_____ E. 其他：					
單位名稱		住址		傳真號碼		
篩檢人員		聯絡電話		轉介日期	年 月 日	主管簽章

.....

接受轉介醫院(診察醫院)	就診日期：	年 月 日				
	檢測情形	1. 檢測項目 _____，結果：_____				
		2. 檢測項目 _____，結果：_____				
		3. 檢測項目 _____，結果：_____				
		4. 其他：				
病歷摘要	主診斷：					
院所名稱	住址					
	聯絡電話		傳真號碼			
診治科別	醫師簽章		回覆日期	年 月 日		

桃園市政府衛生局 113 年度潛在失智症個案管理追蹤清冊

篩檢單位 _____

篩檢暨轉介 _____ 案

個案管理追蹤 _____ 案

填表日期 _____

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M				N				
												AD-8 ≥ 2 分追蹤結果				資源連結與運用				
												轉介醫院 (日期)	診斷結果 (日期)	未完成轉介	未完成轉介原因	衛教諮詢	家屬支持團體	社區關懷據點	失智照顧服務 (如失智共同照護中心、失智社區服務據點)	其他
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

填表說明：

- 一、篩檢暨轉介：經由 AD-8 極早期失智症篩檢量表篩檢 ≥ 2 分個案，篩檢單位主動開立轉介單，並追蹤診察結果，未完成轉介者，需原因。
- 二、個案管理追蹤：
 - 1. 篩檢、轉介、確診、資源介入(A~M)需確實填寫。
 - 2. 資源轉介需具體說明並紀錄於此表單上，並於三個月追蹤使用之效益。

【若表格不敷使用，請自行增列】

請於此加蓋承辦人職章

桃園市政府衛生局
113 年度失智症診斷證明書補助費收據

_____君(身分證統一編號：_____)於 113 年_____
至_____醫院申請失智症診斷證明書，茲向桃園市政府衛生局請領補助費
用，共計新臺幣_____元整。

此據

具領人 本人： (請蓋私章)

代理人： (請蓋私章)

與個案關係(檢附證明):

身分證統一編號：

住址：

電話：

匯款戶名：

匯款銀行：

匯款帳號： (請提供帳戶影本)

中 華 民 國 年 月 日

附註：

- (一) 對象：經篩檢單位篩檢結果 AD-8 \geq 2 分，經由轉介流程接受失智症診察之個案。
- (二) 個案經由本計畫篩檢、轉介，並由本市設有精神科、神經內科或記憶門診醫療院所進行失智症相關檢查，依就醫次數補助，每案最多補助新臺幣 600 元整。
- (三) 由相關單位或本人檢具個案領據(附件 5)、個案診斷證明書影本及診斷證明書請領收據，相關單位須檢附清冊(附件 6)，得以向本局申請費用，本局行政審查核可後支付費用。
- (四) 本案相關費用申領，所含附件證明若為影本，請加蓋「與正本相符」章及職章。
- (五) 匯費規定：如個人金融帳戶屬臺灣銀行帳戶，則免扣匯費；非屬臺灣銀行帳戶，則需內扣匯費(由具領人自行支付)。
- (六) 若為代理人代領，請載明與個案之關係，並檢附相關佐證資料。

桃園市政府衛生局 113 年度失智症診斷證明書請領清冊

請領單位 _____

填表日期 _____

A 序號	B 申請診斷證明院所	C 姓名	D 聯絡電話	E 身分證統一 編號	F 性別	G 出生年月日	H 居住地址	I 欲使用之資源					
								衛教諮詢	家屬 支持團體	社區關懷 據點	失智共同照護中心	失智社區服務據點	其他
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

填表說明：

- 一、申請診斷證明院所：填寫個案申請診斷證明書之醫療院所名稱。
- 二、欲使用之資源：
 - (一) 填寫已使用或未來欲使用之資源。
 - (二) 已知使用資源之單位名稱請填寫。

【若表格不敷使用，請自行增列】

請於此加蓋承辦人職章