

桃園市政府衛生局

114 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「失智據點接受共照轉介」3項獎補助。

二、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 200 元，最多補助 3 次合計 600 元。
3. 請領流程：由篩檢單位檢具個案篩檢量表（附件 1）、個案領據（附

件 2)、早期介入門診轉介/診察/回覆單 (附件 3)、就醫佐證資料，個案管理追蹤清冊 (附件 4)，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。

三、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至少有一筆上課紀錄者。
- (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 200 元。
- (三) 請領流程：經診斷為失智症並自費申請 114 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 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)，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。

四、失智據點接受共照中心之轉介

(一) 服務內容：

1. 執行單位：由共照中心自案管中之失智個案並鼓勵個案於本局指定媒合時間至指定失智據點接受 1 次認知促進及緩和失智課程。
2. 執行方式：
 - (1) 由共照中心鼓勵案管之個案至本局指定媒合時間至指定失智據點接受 1 次認知促進及緩和失智課程。
 - (2) 由共照中心填寫「桃園市政府衛生局失智共同照護中心個案轉介單」 (附件 7)，第一聯由共照中心留存，第二聯以傳真或郵寄方式提供失智據點留存，第三聯交由個案留存，並於衛生福利部失智照護服務管理系統上填寫轉介資訊
3. 補助項目及費用：
 - (1) 交通費：為鼓勵本市失智症個案至失智據點接受 1 次認知促進及緩和失智課程，補助每位個案第 1 次接受服務來回交通費，每位個案預估交通費來回約 800 元，預計服務 50 位個案，預估所需 4

萬元，由指定上課之失智據點統一支付後向本局請款，採核實支付。

- (2) 行政費：為使共照中心積極追蹤轉介結果及鼓勵個案前往據點，失智據點登打個案資料及協助交通服務，每成功轉介 1 位個案，補助失智據點行政費每位 200 元，預計服務 50 位個案，預估所需經費 1 萬元。

4. 請領流程：

- (1) 交通費：於課程結束後 5 天內提供個案交通費領據（附件 8）及個案交通費佐證，向本局申請費用。
 - (2) 行政費：於課程結束後 5 天內提供行政費領據（附件 9）及桃園市政府衛生局 114 年度共照中心媒合轉介失智據點清冊（附件 10），向本局申請費用。
- (三) 本案收件截止日為 114 年 12 月 5 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(肆)、國中畢(肆)、高中畢(肆)、大學以上畢(肆)

※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
114 年度轉介個案交通補助費收據

_____君(身分證統一編號：_____)於 114 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。

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。
- (三)由篩檢單位檢附個案領據、個案篩檢量表影本、早期介入門診轉介/診察/回覆單、個案管理追蹤清冊，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 3 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	個案基本資料	身分證 統一編號		姓 名		出 生 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		聯 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						
單位	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					
			聯 絡 電 話		傳 真 碼 號			
篩檢 人員			轉 介 日 期	年 月 日	主 管 簽 章			

.....

接受轉介醫院(診察醫院)	檢測情形	就診日期： 年 月 日					
		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 碼 號		
診治科別			醫 師 簽 章		回 覆 日 期	年 月 日	

桃園市政府衛生局 114 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
114 年度失智症診斷證明書補助費收據

_____君(身分證統一編號：_____)於 114 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。
- (三) 由相關單位或本人檢具個案領據、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，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 114 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

桃園市政府衛生局
失智共同照護中心 個案轉介單

基本資料	姓名	出生	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	現住地址				身分證字號
	教育程度	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.國小 <input type="checkbox"/> 3.國中 <input type="checkbox"/> 4.高中 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 6.其他 _____			
	身份別	<input type="checkbox"/> 1 一般 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 身障手冊 <input type="checkbox"/> 5 其他	原住民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	緊急聯絡人	電話	關係		
認知評估	<input type="checkbox"/> CDR 分數: _____ <input type="checkbox"/> MMSE 分數: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____				
失智症確診	<input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				
個案摘要 (個案情況)					
轉出單位(失智共同照護中心): <input type="checkbox"/> 長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院 <input type="checkbox"/> 天成醫療社團法人天晟醫院 <input type="checkbox"/> 聯新國際醫院 <input type="checkbox"/> 衛生福利部桃園醫院 <input type="checkbox"/> 沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院 <input type="checkbox"/> 臺北榮民總醫院桃園分院 <input type="checkbox"/> 怡仁綜合醫院 轉出人員: 轉出日期: 年 月 日 聯絡電話: 傳真:			轉入單位 <input type="checkbox"/> 失智服務據點: 接收人員: _____ 轉入日期: ____年____月____日 聯絡電話: _____ <input type="checkbox"/> 巷弄長照站/社區關懷據點: 接收人員: _____ 轉入日期: ____年____月____日 聯絡電話: _____		
追蹤	<input type="checkbox"/> 已接受轉介, 預計服務日期: ____年____月____日 <input type="checkbox"/> 無接受轉介 原因: <input type="checkbox"/> 仍在考慮中 <input type="checkbox"/> 個案拒絕 <input type="checkbox"/> 交通不便 <input type="checkbox"/> 據點拒絕 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 簽章: _____ 日期: ____年____月____日				

*轉出單位請於轉出後每月追蹤轉介結果, 轉入單位請於收到協助安排課程

*第一聯: 轉出單位存查(白)、第二聯: 轉入單位存查(紅)、第三聯: 個案存查(黃)

附件 8

114 年度「失智據點接受共照轉介交通費」領據

茲收到 114 年「失智據點接受共照轉介交通費」費用，

計新臺幣 元整。

此致

桃園市政府衛生局



特約單位名稱：

統一編號：

服務據點住址：

聯絡電話：

入帳戶名：

入帳金融機構名稱及分行名稱：

帳號：

製表人簽章：

單位主管章：

負責人簽章：

中 華 民 國

年

月

日

附件 9

114 年度「失智據點接受共照轉介行政費」領據

茲收到 114 年「失智據點接受共照轉介行政費」費用，

計新臺幣 元。

此致

桃園市政府衛生局



特約單位名稱：

統一編號：

服務據點住址：

聯絡電話：

入帳戶名：

入帳金融機構名稱及分行名稱：

帳號：

製表人簽章：

單位主管章：

負責人簽章：

中 華 民 國

年

月

日

桃園市政府衛生局 114 年度失智據點接受共照轉介清冊

轉入單位(失智據點)_____

轉介_____案

填表日期_____

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
序號	轉入單位	轉出單位	姓名	聯絡電話	身分證統一編號	性別	出生年月日	居住區域	轉入單位服務時間
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

【若表格不敷使用，請自行增列】

請於此加蓋承辦人職章

