

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：官育如

電話：(02)27527286-124

傳真：(02)2771-8392

Email：k86464087@mail.tma.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國111年8月15日

發文字號：全醫聯字第1110001693號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1110001693_Attach1.docx)

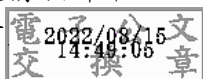
主旨：因應COVID-19確診居家照護政策，本會訂定「COVID-19確診個案居家照護初次評估及照護紀錄表」之參考版本，請轉知提供會員參考使用，請 查照。

說明：

- 一、依據本會111年8月4日確診居家照護討論會議會議結論辦理。
- 二、中央流行疫情指揮中心111年8月1日函知近來接獲民眾申訴醫療機構不實申報COVID-19居家照護管理費用，說明醫療機構應向民眾清楚說明初次評估之目的、初次評估結果與後續遠距照護的執行方式，另遠距照護係提供確診個案健康評估與諮詢，應有雙向互動紀錄，以作為實際有執行照護之證明。
- 三、本會因應上述規定召開會議，制定「COVID-19確診個案居家照護初次評估及照護紀錄表」之參考版本如附件，供會員參考，並可依實際狀況自行修改使用，或依各地方政府衛生局規定辦理。

正本：各縣市醫師公會

副本：嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心、衛生福利部、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部中央健康保險署



理事長 邱 泰 源



訂



COVID-19 確診個案居家照護初次評估及照護紀錄表(稿)

親愛的民眾您好，

我是您確診居家照護團隊，為關懷您的健康，降低重症之風險，接下來要對您進行醫療風險評估，請回答以下問題，謝謝。

【基本資料】

個案姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
身分證字號		生日(yyyy/mm/dd)	
手機		體溫(°C)	
身高(公分)		體重(公斤)	

【初次評估紀錄】

一、評估日期：____年____月____日 診療/評估醫師：_____
二、是否有以下風險因子： ☐ 年齡 65 歲(含)以上或 12 歲以下 ☐ 癌症 ☐ 糖尿病 ☐ 慢性腎病 ☐ 心血管疾病(不含高血壓) ☐ 結核病 ☐ 慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病) ☐ 慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎) ☐ 失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷) ☐ 精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症 ☐ BMI $\geq$ 30(或 12-17 歲兒童青少年 BMI 超過同齡第 95 百分位) ☐ 影響免疫功能之疾病(HIV 感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制劑) ☐ 懷孕與產後 6 週內婦女 (以上風險因子依據「110 年 COVID-19 疫苗接種計畫」及「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案(111 年 6 月 16 日第 6 次修訂版)」訂定，將配合文件調整滾動修正。)
三、是否有相關臨床症狀： ☐ 發燒 ☐ 咳嗽 ☐ 喉嚨痛 ☐ 頭痛 ☐ 肌肉痛 ☐ 鼻塞 ☐ 流鼻涕 ☐ 全身倦怠感 ☐ 腹瀉 ☐ 嗅味覺喪失 ☐ 其他，請描述：_____
四、評估結果： ☐ 一般確診個案 ☐ 高風險確診個案 ☐ 其他：_____
五、抗病毒用藥 ☐ Paxlovid ☐ Molnupiravir ☐ 無

【照護紀錄】

天數	評估內容	評估人員 簽章
第 1 天	(1)體溫：____°C (2)臨床症狀有無緩和： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無症狀 ☐ 其他：_____	

天數	評估內容	評估人員 簽章
	(3)後續處置： ☐ 繼續居家照護 ☐ 就醫診治	
第 2 天	(1)體溫：_____℃ (2)臨床症狀有無緩和： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無症狀 ☐ 其他：_____ (3)後續處置： ☐ 繼續居家照護 ☐ 就醫診治	
第 3 天	(1)體溫：_____℃ (2)臨床症狀有無緩和： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無症狀 ☐ 其他：_____ (3)後續處置： ☐ 繼續居家照護 ☐ 就醫診治	
第 4 天	(1)體溫：_____℃ (2)臨床症狀有無緩和： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無症狀 ☐ 其他：_____ (3)後續處置： ☐ 繼續居家照護 ☐ 就醫診治	
第 5 天	(1)體溫：_____℃ (2)臨床症狀有無緩和： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無症狀 ☐ 其他：_____ (3)後續處置： ☐ 繼續居家照護 ☐ 就醫診治	
第 6 天	(1)體溫：_____℃ (2)臨床症狀有無緩和： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無症狀 ☐ 其他：_____ (3)後續處置： ☐ 繼續居家照護 ☐ 就醫診治	
第 7 天	(1)體溫：_____℃ (2)臨床症狀有無緩和： ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無症狀 ☐ 其他：_____ (3)後續處置： ☐ 繼續居家照護 ☐ 就醫診治	

【滿意度調查(居家照護結束後進行)】

一、請問對於本次居家照護服務是否滿意： ☐非常滿意 ☐滿意 ☐普通 ☐不滿意 ☐非常不滿意
二、請問本次居家照護對您的身體健康是否有幫助： ☐非常有幫助 ☐有幫助 ☐普通 ☐沒有幫助
三、請問對於本次居家照護服務是否有建議事項： ☐無 ☐有，請詳述：_____

《建議關懷頻率》

1. 本次評估後，針對一般確診個案，建議於解隔前應再關懷一次，高風險確診個案建議每二天關懷一次，並不定時提供醫療諮詢服務，或依各縣市政府規定辦理。
2. 倘確診民眾有使用抗病毒藥物，應每天詢問其服藥結果，並評估所有慢性病用藥。