

## 病人關懷紀錄表（參考格式）

病人姓名		病歷號碼	
聯絡人姓名		電話	
聯絡人與病人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他_____		
關懷小組立案日期	____年__月__日	事件發生日	____年__月__日
案件屬性： <input type="checkbox"/> 醫療事故事件 <input type="checkbox"/> 其他事件			
事故或爭議內容：			
關懷內容	執行過程		備註
<input type="checkbox"/> 口頭慰問或關懷	○月○日，○醫師和病人表達慰問之意。		
<input type="checkbox"/> 解釋或說明病情	○月○日，○醫師在病房和家屬解釋目前病況、原因或後續治療處置。 ○月○日，○醫師會同社工與家屬開病情說明會。		
<input type="checkbox"/> 告知關懷服務程序	○月○日，向病家說明可提供之協助、後續處理方式等，並建立聯繫窗口。【註1】		
<input type="checkbox"/> 追蹤後續病情狀況	○月○日，協助聯繫後送醫院，追蹤關懷後續病況		
<input type="checkbox"/> 提供(申請)經濟協助	○月○日，給予住院醫療費用減免補助。 ○月○日，協助申請○○費用補助。		
<input type="checkbox"/> 轉介社福單位	○月○日，協助聯繫○○單位，提供後續照護。		
<input type="checkbox"/> 告知申請救濟資訊	○月○日，提供申請資訊： <input type="checkbox"/> 藥害救濟 <input type="checkbox"/> 生產事故救濟 <input type="checkbox"/> 預防接種受害救濟 <input type="checkbox"/> 其他_____ ○月○日，協助準備申請資料。		
<input type="checkbox"/> 告知醫事專業諮詢	○月○日，告知申請「醫事專業諮詢」程序。		
<input type="checkbox"/> 申請通譯或障礙溝通協助	○月○日，因病人及家屬為外籍，申請通譯協助溝通。 ○月○日，因病人家屬為聽障，於病情說明會時請手語翻譯協助。【註2】		
<input type="checkbox"/> 其他關懷服務：			

（關懷內容僅供參考，視案情需要，各機構自行依實際情形填寫）

註1：醫病溝通關懷服務小卡，可至 <https://medcare.tdrf.org.tw/download/#edu1> 下載。

註2、各地方政府手語翻譯及同步聽打業務窗口：<https://dpws.sfaa.gov.tw/sign-language-translation-detail-1.html>。內政部移民署通譯人員資料庫：院所可自行註冊為使用單位，或洽關懷資源中心（02-23510740）協助媒合。