**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 | □本人 □父母 □子女 □配偶 □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：□醫療事故事件 □其他事件  |
| 事故或爭議內容：  |
| **關懷內容** | **執行過程** | **備註** |
| □口頭慰問或關懷 | ○月○日，○醫師和病人表達慰問之意。 |  |
| □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。 |  |
| □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】 |  |
| [ ] 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 |  |
| [ ] 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。 |  |
| [ ] 轉介社福單位 | ○月○日，協助聯繫○○單位，提供後續照護。 |  |
| □告知申請救濟資訊 | ○月○日，提供申請資訊：□藥害救濟 □生產事故救濟 □預防接種受害救濟 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○月○日，協助準備申請資料。 |  |
| □告知醫事專業諮詢 | ○月○日，告知申請「醫事專業諮詢」程序。 |  |
| □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】 |  |
| □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。