

姓名：
病歷號：
出生日期：
性別：



新店院區
 安康院區

編號：_____

預立醫療照護諮商前準備(PRE-ACP)紀錄表

意願人主動洽服務窗口 院內單位轉介_____ 其他_____

一、意願人資料

姓名：	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡： 歲	曾於本院就診？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
身分證字號(若願提供)：			連絡電話：	
1. <input type="checkbox"/> 確認意願人為具完全行為能力者；領有全民健康保險憑證； 1.1 意願人為： <input type="checkbox"/> 年滿 20 歲以上成年人 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲已結婚者				
2. <input type="checkbox"/> 確認意願人出於自願參與預立醫療照護諮商。 2.1 意願人動機(可複選) <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 自身罹病不想拖累家人 <input type="checkbox"/> 家人罹病有感 <input type="checkbox"/> 預做生命安排 <input type="checkbox"/> 其他_____				
3. <input type="checkbox"/> 確認意願人是否對病人自主權利法已有初步之正確認知 3.1 <input type="checkbox"/> 媒體報導宣傳 <input type="checkbox"/> 參與相關宣導活動 <input type="checkbox"/> 親友口耳相傳 <input type="checkbox"/> 其他_____				

二、告知意願人應(得)參與諮商之人員

親屬	1 <input type="checkbox"/> 確認告知意願人二親等內之親屬至少一人 <u>應(得)參與</u> 預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦 <u>得參與</u> 。 ※除配偶外之二親等血親及姻親包含：子女、父母、手足、孫子女/外孫子女、祖父母/外祖父母、公婆/岳父母、女婿/媳婦、弟媳/兄嫂、姐夫/妹夫、妯娌/連襟。 2 二親等內之親屬出席諮商？ <input type="checkbox"/> 有(續填 4.、5.) <input type="checkbox"/> 無(續填 3.、5.) <input type="checkbox"/> 尚未確定 3 無二親等內親屬出席諮商原因： <input type="checkbox"/> 無親屬 <input type="checkbox"/> 親屬無法配合 <input type="checkbox"/> 親屬不願出席 <input type="checkbox"/> 失聯 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 其他特殊事由_____
	4 預計出席二親等內親屬： <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 孫子女/外孫子女 <input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 公婆/岳父母 <input type="checkbox"/> 女婿/媳婦 <input type="checkbox"/> 弟媳/兄嫂 <input type="checkbox"/> 姐夫/妹夫 <input type="checkbox"/> 妯娌/連襟，共_____人。
	5 另預計出席之其他親友：共_____人。 <input type="checkbox"/> 尚無法確定

編印單位：醫務部
編印年月：108 年 07 月
編號及版次：MRS3702(第一版)

新店院址：新北市新店區中正路 362 號
聯絡電話：02-2219-3391
安康院址：新北市新店區車子路 15 號
聯絡電話：02-2212-3066
網址：www.cth.org.tw

姓名：
病歷號：
出生日期：
性別：



新店院區
 安康院區

醫療委任代理人	1. <input type="checkbox"/> 確認告知意願人醫療委任代理人之角色功能。 ※醫療委任代理人：指於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達意願之人。
	2. 意願人是否將指定醫療委任代理人？ <input type="checkbox"/> 是(續填 2.1、2.2) <input type="checkbox"/> 否(跳填三、告知諮商費用之相關資訊) <input type="checkbox"/> 尚未確定 2.1 確認醫療委任代理人符合以下資格： <input type="checkbox"/> 20 歲以上具完全行為能力者 <input type="checkbox"/> 非意願人之受遺贈人(意願人之繼承人除外) <input type="checkbox"/> 非意願人遺體或器官指定之受贈人(意願人之繼承人除外)。
	<input type="checkbox"/> 非其他因意願人死亡而獲得利益之人(意願人之繼承人除外)。 2.2 <input type="checkbox"/> 若有醫療委任代理人，確認告知 應參與 預立醫療照護諮商。
三、告知諮商費用之相關資訊	
1. <input type="checkbox"/> 確認告知意願人諮商費用之相關資訊。 2. 意願人對於收費反映？ <input type="checkbox"/> 願意接受 <input type="checkbox"/> 嫌太貴而遲疑 <input type="checkbox"/> 嫌太貴而拒絕 3. 意願人是否符合補助資格？ <input type="checkbox"/> 是(何款補助方案) _____ <input type="checkbox"/> 否 4. 意願人是否因下列因素而有溝通困難，而需相關協助？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 文化因素 <input type="checkbox"/> 聽覺 <input type="checkbox"/> 語言功能 <input type="checkbox"/> 其他障礙，所需協助? _____	
四、提供相關法令、文件、資訊供參	
1. 確認已提供以下相關法令文件資料給意願人參考： <input type="checkbox"/> 預立醫療決定書(含醫療委任代理人委任書) <input type="checkbox"/> 相關文宣品、資料 <input type="checkbox"/> 相關資訊網站連結網址 <input type="checkbox"/> 其他協助意願人作成預立醫療決定之相關資料 提供方式： <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> Email 地址/信箱： _____	

編印單位：醫務部
編印年月：108 年 07 月
編號及版次：MRS3702(第一版)

新店院址：新北市新店區中正路 362 號
聯絡電話：02-2219-3391
安康院址：新北市新店區車子路 15 號
聯絡電話：02-2212-3066
網址：www.cth.org.tw

姓名：
病歷號：
出生日期：
性別：



新店院區
 安康院區

五、預立醫療照護諮商時間、地點、人員安排確認

(一) 預計諮商時間、地點

諮商日期： 年 月 日 預計諮商時間： 時 分至 時 分

諮商地點： _____ 已租借

(二) 諮商會議出席人員通知

1. 確認已通知意願人、二親等內之親屬與醫療委任代理人，諮商會議之時間、地點。

2. 確認已安排醫療照護諮商團隊出席成員。預計出席成員名單：

醫師： _____ 已通知 護理人員： _____ 已通知
心理師或社會工作人員： _____ 已通知

六、預立醫療照護諮商相關文件資料準備

1. 確認已備妥以下相關文件資料，以利諮商會議時簽署、紀錄、使用：

預立醫療決定書(含醫療委任代理人委任書) 預立醫療照護諮商檢核表(紀錄表)
 其他協助諮商會議進行之文件資料、電腦等 _____

其他備註： _____

後續： 已成功預定時間 未約定時間(須追蹤) 不執行 原因： _____

經辦人簽章： _____

日期： 年 月 日

編印單位：醫務部
編印年月：108年07月
編號及版次：MRS3702(第一版)

新店院址：新北市新店區中正路362號
聯絡電話：02-2219-3391
安康院址：新北市新店區車子路15號
聯絡電話：02-2212-3066
網址：www.cth.org.tw