

成年監護訪視調查評估報告統一參考指標及格式

(附表 B 聲請人/監護人/輔助人)

法院來文	年 月 日	案號	年 字第 號
收件日期	※實際辦理訪視之地方政府或受委託 訪視機構填寫	訪視社工	(代碼)
訪視類型	<input type="checkbox"/> 聲請監護宣告 <input type="checkbox"/> 聲請輔助宣告 <input type="checkbox"/> 改定、選定監護人 <input type="checkbox"/> 改定、選定輔助人 <input type="checkbox"/> 撤銷監護宣告 <input type="checkbox"/> 撤銷輔助宣告 <input type="checkbox"/> 變更監宣為輔宣 <input type="checkbox"/> 變更輔宣為監宣		
司法程序 進度	<input type="checkbox"/> 詳主表 <input type="checkbox"/> 其他		
訪視對 象、時 間、地點	<input type="checkbox"/> 聲請人：_____日期：_____地點：_____ <input type="checkbox"/> 聲請狀所載之監護人/輔助人人選： <input type="checkbox"/> 同聲請人：_____日期：_____地點：_____		
<input type="checkbox"/> 非本轄所管個案，請參照其他縣市的評估與調查			
第一部分：聲請人/監護人/輔助人之基本資料 <input type="checkbox"/> 詳主表(以下免填)			
<input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 輔助人 (請擇一勾選) <input type="checkbox"/> 同聲請人 (可複選)			
姓 名		身分證字號	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	年 月 日生；今年__歲
與應受宣 告人關係 (可複 選)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他四親等內親屬_____ (請說明關係) <input type="checkbox"/> 最近一年有同居事實之其他親屬_____ (請說明關係) <input type="checkbox"/> 主管機關 <input type="checkbox"/> 社會福利機構 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 檢察官 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明關係)		
國 籍	本國籍： <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民：_____族 非本國籍： <input type="checkbox"/> 大陸地區人民 <input type="checkbox"/> 港澳地區居民 <input type="checkbox"/> 其他國家：_____國		
教育程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 研究所及以上		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶		
職業	1.目前是否就業： <input type="checkbox"/> 是 (請續填 2) <input type="checkbox"/> 否(請跳填 3) 2.現職：_____ 3.未就業原因(可複選)： <input type="checkbox"/> 無工作技能 <input type="checkbox"/> 無工作意願 <input type="checkbox"/> 缺乏工作機會 <input type="checkbox"/> 障礙限制 <input type="checkbox"/> 家庭支持系統薄弱 <input type="checkbox"/> 環境障礙 <input type="checkbox"/> 就學中 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
戶籍地	<input type="checkbox"/> 同聯絡處		
聯絡處	<input type="checkbox"/> 同戶籍地		
聯絡電話	(H) _____ (手機) (請依個人意願，可不填註)		

目前居住處所	<input type="checkbox"/> 同應受宣告人 <input type="checkbox"/> 同關係人 <input type="checkbox"/> 同會同人 <input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同聯絡處 <input type="checkbox"/> 與親友_____ (請說明姓名及關係) 同住 <input type="checkbox"/> 住醫院或機構；_____ (請說明機構或醫院名稱) (床號：_____) <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)_____
身心障礙手冊/證明	<input type="checkbox"/> 無 (備註： <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 有 (類別：____ 等級：____ 度) (ICF 代碼：_____)
身分屬性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 榮民 (領有退養金) <input type="checkbox"/> 退休公教人員 (領有退休金) <input type="checkbox"/> 低收入戶：第_____類 (領有政府補助) <input type="checkbox"/> 中低收入戶 (家庭總收入平均未達每人每月最低生活費用 1.5 倍) <input type="checkbox"/> 符合請領身心障礙者生活補助費者 (家庭總收入平均未達每人每月最低生活費用 2.5 倍) <input type="checkbox"/> 老農 (領有老農津貼) <input type="checkbox"/> 有其他得按月領取給付或補助之身分 (請註明…)

第二部分：監護人/輔助人之訪視事項及評估

(一) 監護人/輔助人人選之基本訪視內容與評估 (以可能影響到監護能力評估之事項為主)

1.身心狀況	(請說明現有或曾有足以影響執行監護/輔助事務之疾病史) 一、現有或曾有足以影響執行監護事務之疾病史： <input type="checkbox"/> 無 (無須繼續填答本項之二用藥狀況及三其他補充) <input type="checkbox"/> 有 (請勾選下列疾病分類及診斷病名、罹病時間) (可複選) <input type="checkbox"/> 心血管疾病：_____ <input type="checkbox"/> 呼吸系統疾病：_____ <input type="checkbox"/> 消化系統疾病：_____ <input type="checkbox"/> 泌尿系統疾病：_____ <input type="checkbox"/> 肌肉骨骼疾病：_____ <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病：_____ <input type="checkbox"/> 口腔疾病：_____ <input type="checkbox"/> 腫瘤性疾病：_____ <input type="checkbox"/> 精神疾病：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ 二、目前固定服用藥物種類： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請說明：_____) 三、其他補充 (請說明：_____)
2.經歷	(請說明人生中較重要或與執行監護人/輔助人職務有關之經歷) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請說明 _____)
3.經濟狀況 (含職業性質、目前財產及收支狀況評估、扶養義務)	一、職業狀況描述： <input type="checkbox"/> 未就業：(請繼續填答本項之二收入狀況及三負擔狀況) <input type="checkbox"/> 職業性質：(可複選) <input type="checkbox"/> 固定上班時間 <input type="checkbox"/> 無固定上班時間 <input type="checkbox"/> 要輪值小夜班 <input type="checkbox"/> 要輪值大夜班 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明_____) 二、財產狀況： <input type="checkbox"/> 無任何財產(以下免填) <input type="checkbox"/> 不希望公開 (以下免填) <input type="checkbox"/> 有 (請具體說明目前由何人保管/使用及雙方關係) <input type="checkbox"/> 現金：_____元，說明：_____ <input type="checkbox"/> 存款：_____元，說明：_____ <input type="checkbox"/> 不動產：_____棟，說明：_____

	<p> <input type="checkbox"/>動產：_____輛，說明：_____ <input type="checkbox"/>有價證券：_____元，說明：_____ <input type="checkbox"/>其他：_____元，說明：_____ </p> <p> 三、每月支出狀況：(請說明目前由何人支付及雙方關係) <input type="checkbox"/>無(以下免填) <input type="checkbox"/>不希望公開(以下免填) <input type="checkbox"/>有支出 <input type="checkbox"/>機構費用，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>醫療費用，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>房屋租用(或貸款)，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>看護費用，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>保險費用，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>生活基本支出(含水、電、瓦斯)，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>扶養費每月\$ _____， 說明：(受給付之未成年子女、父母或其他人姓名、關係) <input type="checkbox"/>其他，說明_____ </p> <p> 四、每月收入狀況 <input type="checkbox"/>無(以下免填) <input type="checkbox"/>不希望公開(以下免填) <input type="checkbox"/>有收入(請說明目前由何人收取/保管及雙方關係) <input type="checkbox"/>工作收入，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>保險給付，每____\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>利息收入，每____\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>扶養費，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>租金收入，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>退休/養金，每____\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>政府補助，每月\$ _____，說明：_____ <input type="checkbox"/>其他補助/收入，每月\$ _____，說明：_____ </p>
4.聲請與擔任之原因	<p> 一、提出聲請之原因：(可複選) <input type="checkbox"/>請領保險金(含公勞農保險、商業保險給付) <input type="checkbox"/>管理財產(含處分不動產) <input type="checkbox"/>處理民刑訴訟(含家事、強執等) <input type="checkbox"/>處理未成年子女監護事宜 <input type="checkbox"/>其他原因(請說明：_____) </p> <p> 二、願意擔任監護人/輔助人之原因：(可複選) <input type="checkbox"/>家屬會議推選 <input type="checkbox"/>法定扶養義務人 <input type="checkbox"/>其他原因(請說明：_____) </p>
5.與應受宣告人之互動關係	<p> 一、監護人/輔助人與應受宣告人之親屬關係說明： 請說明：_____ </p> <p> 二、監護人/輔助人與應受宣告人目前之互動關係說明： <input type="checkbox"/>互動關係良好(請接續填答本項之二互動狀況描述) <input type="checkbox"/>無任何互動關係(請接續填答本項之三對互動關係之期待描述) (<input type="checkbox"/>不認識 <input type="checkbox"/>認識但未曾聯絡 <input type="checkbox"/>認識但許久未聯絡) 請說明：_____ </p> <p> 三、監護人/輔助人與應受宣告人目前之互動狀況描述：(互動方式可複選)： </p>

	<p><input type="checkbox"/>最近一次之探視日期：____年____月____日____時____分至____時____分</p> <p><input type="checkbox"/>互動頻率：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>每天____次 <input type="checkbox"/>每週____次 <input type="checkbox"/>每個月____次<input type="checkbox"/>其他____</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>每次平均約____分鐘/小時，每月總共約____分鐘/小時</p> <p><input type="checkbox"/>互動方式：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>電話 <input type="checkbox"/>見面 <input type="checkbox"/>視訊 <input type="checkbox"/>電子郵件、手機簡訊或書信</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>陪同用餐 <input type="checkbox"/>陪同散步 <input type="checkbox"/>陪同參與活動 <input type="checkbox"/>陪同外出</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>其他互動狀況：是否曾有或現有嚴重肢體或言語衝突、爭吵或訴訟紛爭： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是（請說明原因、結果、有無通報家暴或受虐、官司種類或案號） 請說明：_____</p> <p>四、監護人/輔助人與應受宣告人對未來互動關係之期待： 說明：_____</p>
<p>6.對監護人/輔助人應有權責之瞭解與評估</p>	<p>一、對監護人/輔助人應有責任與義務之瞭解與認知</p> <p><input type="checkbox"/>完全瞭解，認知的部份為：_____</p> <p><input type="checkbox"/>部分瞭解，認知的部份為：_____</p> <p><input type="checkbox"/>完全不瞭解：（請說明）_____</p> <p>二、監護人/輔助人選家中其他成員對於負擔監護/輔助職責的意願與態度</p> <p><input type="checkbox"/>願意參與協助，協助的事項為：_____</p> <p><input type="checkbox"/>不願意參與協助，請說明原因：_____</p> <p>三、對會同開具財產清冊之人的建議人選：（僅適用受監護宣告者）</p> <p><input type="checkbox"/>同聲請狀上所載之會同開具財產清冊之人：（姓名）_____</p> <p><input type="checkbox"/>希望由（姓名）_____與受宣告人之關係_____， 請說明原因：_____</p> <p>四、共同監護/輔助之意願、其方式及建議之共同監護人/輔助人人選：</p> <p><input type="checkbox"/>不同意共同監護/輔助。</p> <p><input type="checkbox"/>同意由（姓名，與受宣告人之關係）_____擔任共同監護/輔助人 請說明原因：_____</p> <p>五、若應受監護宣告人經法院為輔助宣告時（或應受輔助宣告人經法院為監護宣告時）之意願與認知情形：（適用變更宣告類型）</p> <p>（一）是否願意成為其輔助人（監護人）：</p> <p><input type="checkbox"/>願意擔任輔助人/監護人</p> <p><input type="checkbox"/>不願意擔任輔助人/監護人 請說明原因：_____</p> <p>（二）對輔助人（監護人）之責任與義務的瞭解與認知：</p> <p><input type="checkbox"/>完全瞭解，認知的部份為：_____</p> <p><input type="checkbox"/>部分瞭解，認知的部份為：_____</p> <p><input type="checkbox"/>完全不瞭解：（請說明）_____</p> <p>（三）家中其他成員對於負擔輔助（監護）職責的意願與態度：</p> <p><input type="checkbox"/>願意參與協助，協助的事項為：_____</p> <p><input type="checkbox"/>不願意參與協助，請說明原因：_____</p> <p>（四）對於共同輔助（監護）的意願、其方式及建議之共同輔助人（監護人）人選：</p> <p><input type="checkbox"/>不同意共同輔助/監護。</p> <p><input type="checkbox"/>同意由（姓名，與受宣告人之關係）_____擔任共同輔助/監護人</p>

	請說明原因： _____
7.與應受宣告人利益衝突關係	<p>一、與應受宣告人是否有財產共有、繼承的衝突？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是(請說明衝突內容_____)</p> <p>二、與應受宣告人是否曾有訴訟紛爭（打官司）？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是(請說明訴訟內容_____)</p> <p>三、與應受宣告人是否有其他利益衝突？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是(請說明利益衝突內容_____)</p>
8.未來對應受監護宣告人之照護計畫評估（僅適用監護人）	<p>一、對於應受監護宣告人現階段照顧情形的看法：</p> <p>(一) 照護環境 <input type="checkbox"/>很滿意 <input type="checkbox"/>滿意 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>不滿意 <input type="checkbox"/>非常不滿意 請說明：_____</p> <p>(二) 照護品質 <input type="checkbox"/>很滿意 <input type="checkbox"/>滿意 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>不滿意 <input type="checkbox"/>非常不滿意 請說明：_____</p> <p>(三) 照護人員（含主要照顧者） <input type="checkbox"/>很滿意 <input type="checkbox"/>滿意 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>不滿意 <input type="checkbox"/>非常不滿意 請說明：_____</p> <p>二、未來若成為監護人將安排應受監護宣告人何種照顧方式：(可複選)</p> <p>(一) 照護方式 <input type="checkbox"/>居家照護：<input type="checkbox"/>自宅自行照顧 <input type="checkbox"/>自宅請台籍或外籍看護照顧 <input type="checkbox"/>由子女<input type="checkbox"/>手足輪流接回各自家中照顧 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p><input type="checkbox"/>居家服務，單位：_____</p> <p><input type="checkbox"/>日間照護，單位：_____</p> <p><input type="checkbox"/>全日型機構照護，單位：_____</p> <p><input type="checkbox"/>醫療照護服務，單位：_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他團體，單位_____</p> <p>(二) 所需費用及來源： <input type="checkbox"/>每月所需費用約：_____元 <input type="checkbox"/>費用來源：<input type="checkbox"/>以受宣告人財產支付 <input type="checkbox"/>監護人自行負擔 <input type="checkbox"/>子女手足共同負擔 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p>三、應受宣告人未來照護計畫的可行性：</p> <p>(一) 居家照護之可行性 目前居家環境狀況描述：(請說明目前居家照護環境之妥適性) <input type="checkbox"/>目前應受宣告人未接受居家照顧（勾選此欄者以下免填）</p> <p>1、目前居家環境描述：_____</p> <p>2、目前居家環境是否適合應受宣告人在此居住？ <input type="checkbox"/>適合，請說明原因：_____</p> <p><input type="checkbox"/>不適合，請說明原因：_____</p> <p>3、未來是否申請居家照顧服務？ <input type="checkbox"/>否，請說明原因：_____</p> <p><input type="checkbox"/>是（請接續回答）</p>

	<p><input type="checkbox"/>已申請，起迄時間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日</p> <p>核定時數：_____小時，目前已接受服務時數：_____小時</p> <p><input type="checkbox"/>預計申請，預計申請時間：_____年_____月_____日</p> <p>(二) 機構照護之可行性</p> <p>目前機構照護狀況描述：(請描述目前機構照護之狀況)</p> <p><input type="checkbox"/>目前應受宣告人未接受機構照護 (勾選此欄者以下免填) (目前雖然未接受機構照顧，但未來可能有此規劃，仍可填答3)</p> <p>1、目前機構照護環境描述：_____</p> <p>2、目前機構照護環境是否適合應受宣告人在此居住？ <input type="checkbox"/>適合，請說明原因：_____</p> <p><input type="checkbox"/>不適合，請說明原因：_____</p> <p>3、未來是否申請機構照護？ <input type="checkbox"/>否，請說明原因：_____</p> <p><input type="checkbox"/>是(請接續回答) <input type="checkbox"/>目前已入住之機構：_____</p> <p>照顧契約起迄時間(自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止)</p> <p><input type="checkbox"/>照顧契約之簽約人：_____關係：_____聯絡電話：_____</p> <p><input type="checkbox"/>照顧契約中載明之緊急聯絡人：_____關係：_____</p> <p>聯絡電話：_____</p> <p><input type="checkbox"/>支付照護費用者？<input type="checkbox"/>應受宣告人(本人)<input type="checkbox"/>配偶<input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>兄弟姐妹<input type="checkbox"/>子女<input type="checkbox"/>其他：_____請說明</p> <p><input type="checkbox"/>未來希望入住之機構：_____</p> <p>四、對應受監護宣告人未來財產之管理規劃(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>沒有規劃(以下免填)<input type="checkbox"/>無任何財產(以下免填) (請說明：_____)</p> <p><input type="checkbox"/>動產：<input type="checkbox"/>活期<input type="checkbox"/>定存<input type="checkbox"/>信託<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>(請說明：_____)</p> <p><input type="checkbox"/>不動產：<input type="checkbox"/>出租<input type="checkbox"/>處分<input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>(請說明：_____)</p> <p><input type="checkbox"/>其他財產，_____</p> <p>(請說明：_____)</p>
<p>9.未來對應受輔助宣告人之照護計畫評估(僅適用輔助人)</p>	<p>一、對於應受輔助宣告人現階段受輔助宣告需求的看法： 請說明_____</p> <p>二、若成為輔助人，對執行輔助事務之規劃： 請說明_____</p> <p>三、輔助計畫的可行性： 請說明_____</p>
<p>(二) 監護人/輔助人選對應受宣告人之瞭解程度評估(請視個案狀況自行延伸表格使用)</p>	

1. 對應受
宣告人之
身心狀況
瞭解程度
評估

一、應受宣告人目前之語言表達能力

- 不瞭解（以下免填）
表達清楚：手勢/單字/短句/正常
在溝通輔助的情況下表達清楚
可理解他人簡單語句
理解表達皆困難 其他：_____

二、應受宣告人目前之行動能力

- 不瞭解（以下免填）
(一) 行/走/跑/跳穩定
行/走/跑/跳需輔助（需輔助內容：_____）
(二) 抓/握/敲/推功能佳
抓/握/敲/推需輔助（需輔助內容：_____）
(三) 視覺動作協調佳
視覺動作協調不良（需輔助內容：_____）
(四) 其他：_____

三、應受宣告人目前之認知能力

- 不瞭解（以下免填）
(一) 注意力集中 注意力分散(補充說明：_____)
(二) 有基本數字概念 無基本數字概念(補充說明：_____)
(三) 認識簡單國字 不認識簡單國字(補充說明：_____)
(四) 其他(補充說明：_____)

四、應受宣告人目前之精神狀況

- 不瞭解（以下免填）
情緒穩定 情緒暴躁 情緒不定
有自傷行為 有攻擊行為 有破壞行為
其他：_____
是 否 曾為醫院宣告為精神衛生法之「嚴重病人」或有被強制就醫記錄。
說明：_____
身體受拘束史：無 有（請說明：_____）
聲請提審紀錄：無 有（請說明：_____）

五、應受宣告人過往及目前之疾病史：

- 不瞭解（以下免填）無（以下免填）
有（請勾選下列疾病分類及診斷病名、罹病時間）
- | | | | | |
|----------------------------------|-------|-------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 心血管疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸系統疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 消化系統疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿系統疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 肌肉骨骼疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 口腔疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 腫瘤性疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |
| <input type="checkbox"/> 精神疾病： | _____ | 罹病時間： | 年 | 月 |

	<p><input type="checkbox"/>其他：_____ 罹病時間： 年 月</p> <p>六、應受宣告人目前服用或注射之藥物種類：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填）</p> <p>藥物：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（請說明：_____）</p> <p>副作用：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有（請說明：_____）</p>
<p>2.對應受宣告人之生活自理、人際互動能力及社區參與狀況瞭解程度評估</p>	<p>一、應受宣告人之生活自理能力描述：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填）</p> <p><input type="checkbox"/>有完全自理能力</p> <p><input type="checkbox"/>完全無自理能力（以下免填）</p> <p><input type="checkbox"/>有部分自理能力，但也有需要他人協助部分：（以下請依實況逐項填答）</p> <p><input type="checkbox"/>進食：<input type="checkbox"/>無法自行進食 <input type="checkbox"/>可以自行進食 <input type="checkbox"/>需由他人餵食</p> <p><input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p>飲食習慣：<input type="checkbox"/>一般食物 <input type="checkbox"/>軟質食物 <input type="checkbox"/>流質食物（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>個人衛生</p> <p>如廁：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p>洗澡：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p>刷牙：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p>洗臉：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>穿脫衣服：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>走路行動：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>服藥：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>購物：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p>二、應受宣告人之人際互動狀況：（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填） <input type="checkbox"/>無（以下免填）</p> <p><input type="checkbox"/>交談交友狀況：<input type="checkbox"/>無法言語 <input type="checkbox"/>主動 <input type="checkbox"/>被動 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>打電話：<input type="checkbox"/>無法自理 <input type="checkbox"/>可以自理 <input type="checkbox"/>需由他人協助 <input type="checkbox"/>其他（請說明：_____）</p> <p>三、應受宣告人之社區參與狀況：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填） <input type="checkbox"/>無（以下免填）</p> <p><input type="checkbox"/>與鄰里互動情形：（請說明：_____）</p>

	<input type="checkbox"/> 參與社區活動情形：(請說明：_____)
3.應受宣告人對受照護環境與適應之狀況	<p>一、受照護環境描述：(含外觀/內部/專屬空間或其他相關事項，如有無危險或不良環境因素等；得併以照片輔助呈現)</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解(請說明原因：_____)</p> <p>二、應受宣告人對目前受照護環境的適應狀況：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解(請說明原因：_____)</p> <p><input type="checkbox"/>良好 <input type="checkbox"/>尚可 <input type="checkbox"/>不適應(請說明原因：_____)</p> <p>三、適應狀況說明：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解(請說明原因：_____)</p>
4.應受宣告人對過去、目前和未來主要照護者之看法與期待	<p>對主要照護者之描述與期待(判斷依據：1.飲食準備及日常生活起居照顧、生活用品準備、費用支出 2.醫療、同行看病 3.衣物準備、購買、洗濯、收拾 4.照顧計畫)</p> <p>一、對過往主要照護者之描述：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解(以下免填)</p> <p>姓名：_____ 與應受宣告人之關係：_____</p> <p>照顧起迄時間： 年 月 日至 年 月 日</p> <p>描述：<input type="checkbox"/>很滿意 <input type="checkbox"/>滿意 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>不滿意 <input type="checkbox"/>非常不滿意</p> <p>說明：_____</p> <p>二、對目前主要照護者之描述與期待：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解(以下免填)</p> <p>姓名：_____ 與應受宣告人之關係：_____</p> <p>照顧起迄時間： 年 月 日至 年 月 日</p> <p>描述：<input type="checkbox"/>很滿意 <input type="checkbox"/>滿意 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>不滿意 <input type="checkbox"/>非常不滿意</p> <p>說明：_____</p> <p>期待：_____</p> <p>三、對未來主要照護者之描述與期待：(如同目前者，本欄可省略不寫)</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解(以下免填)</p> <p>姓名：_____ 與應受宣告人之關係：_____</p> <p>期待：_____</p>
5.對應受監護宣告人之財產狀況瞭解評估	<p>一、應受監護宣告人目前之財產管理方式</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解(以下免填) <input type="checkbox"/>無任何財產(以下免填)</p> <p><input type="checkbox"/>動產：<input type="checkbox"/>活期 <input type="checkbox"/>定存 <input type="checkbox"/>信託 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><input type="checkbox"/>不動產：<input type="checkbox"/>出租 <input type="checkbox"/>處分 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他，_____</p> <p>二、應受監護宣告人目前之財產狀況：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解(以下免填) <input type="checkbox"/>無任何財產(以下免填)</p> <p><input type="checkbox"/>有(請具體說明目前由何人保管/使用及雙方關係)</p> <p><input type="checkbox"/>現金：_____元，說明：_____</p> <p><input type="checkbox"/>存款：_____元，說明：_____</p> <p><input type="checkbox"/>不動產：_____棟，說明：_____</p> <p><input type="checkbox"/>動產：_____輛，說明：_____</p> <p><input type="checkbox"/>有價證券：_____元，說明：_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____元，說明：_____</p> <p>三、應受監護宣告人目前每月支出狀況：(請說明目前由何人支付及雙方關係)</p>

- 不瞭解（以下免填） 無任何支出（以下免填）
- 有支出
- 機構費用，每月 \$ _____，說明： _____
- 醫療費用，每月 \$ _____，說明： _____
- 房屋租用（或貸款），每月 \$ _____，說明： _____
- 看護費用，每月 \$ _____，說明： _____
- 保險費用，每月 \$ _____，說明： _____
- 生活基本支出（含水、電、瓦斯），每月 \$ _____，說明： _____
- 扶養費每月 \$ _____，
- 說明：（受給付之未成年子女、父母或其他人姓名、關係） _____
- 其他，說明 _____

四、應受監護宣告人目前每月收入狀況

- 不瞭解（以下免填） 無任何收入(以下免填)
- 有收入（請說明目前由何人收取/保管及雙方關係）
- 工作收入，每月 \$ _____，說明： _____
- 保險給付，每 \$ _____，說明： _____
- 利息收入，每 \$ _____，說明： _____
- 扶養費，每月 \$ _____，說明： _____
- 租金收入，每月 \$ _____，說明： _____
- 退休/養金，每 \$ _____，說明： _____
- 政府補助，每月 \$ _____，說明： _____
- 其他補助/收入，每月 \$ _____，說明： _____

第三部分：其他必要事項評估

詳主表(以下免填)

※以可能影響到監護宣告或輔助宣告之事項為主（請視個案狀況自行延伸表格使用）

其他必要
事項

- 對應受宣告人有無危害身心健康之不當言行（如遺棄、身心虐待、家暴、阻止其他親友接觸應受宣告人、性侵、不當碰觸、酗酒、賭博等明顯危害其身心健康之言行）
無 有（請具體說明： _____）
- 對應受宣告人有無照顧不當或疏忽情事（如疏忽照顧、主要照顧者有重大身心障礙或疾病且狀況很不穩定，有自傷或傷人之虞，或嚴重影響日常生活食衣住行育醫等照顧功能等）
無 有（請具體說明： _____）
- 應受宣告人與監護人/輔助人（含機構為人選時，該機構及其所屬人員）／會同開具財產清冊之人／其他最近親屬間，有無涉及其他民、刑事案件仍繫屬於法院或已經法院終局判決確定案件（如社工於訪視時知悉其有民事保護令、公共危險罪、傷害罪、毒品罪、妨害性自主罪、違反保護令罪、家庭暴力罪、侵占、背信等民刑事案件時，予以記載）
無 有（請具體說明： _____）
- 應受宣告人與監護人/輔助人（含機構為人選時，該機構及其所屬人員）／會同開具財產清冊之人／其他最近親屬間，有無因家庭暴力情事聲請保護令及其有效期限，或違反老人福利法、身心障礙者權益保障法等規定
無 有（請具體說明： _____）

	<p>5. 有無其他特殊事項：(含原住民、其他國家等不同族群間，其他應加以考量之事項；監護人家庭成員中曾有自殺意圖、關係衝突嚴重或有離家出走之念頭者等，可能影響執行監護職務者；應受宣告人有因繼承或其他原因擁有大量財產；家庭成員有阻止親屬接觸應受宣告之人等情形)</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (請具體說明：_____)</p>
<p>第四部分：檢附之相關資料</p>	
<p><input type="checkbox"/>1.受訪者接受訪視調查錄音、錄影同意書(錄音、錄影檔如光碟片)或檢附自填之附表或問卷</p> <p><input type="checkbox"/>2.扣繳憑單 <input type="checkbox"/>3.存款證明 <input type="checkbox"/>4.稅捐資料 <input type="checkbox"/>5.不動產所有權狀 <input type="checkbox"/>6.在職證明 <input type="checkbox"/>7.健康檢查報告</p> <p><input type="checkbox"/>8.警察刑事紀錄證明 <input type="checkbox"/>9.股票 <input type="checkbox"/>10.其他：_____</p> <p>※如有本表列舉檢附之相關資料，得由訪視人員酌情代為轉陳法院，作為訪視(調查)報告內容之參考資料，或請受訪者自行向法院提出。</p>	

填表人：(請親自簽名)

訪談人員：(簽名、代碼或核章)

填表日期： 年 月

日