

成年監護訪視調查評估報告統一參考指標及格式

(附表 F 機關、養護/照護機構、醫療院所)

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 (請視個 案狀況自 行延伸表 格使用， 由訪視人 員填註)	<input type="checkbox"/> 機關、安養或照護機構、醫院等 單位名稱：_____ 單位受訪人員： 1.姓名：_____ 職稱：_____ 日期：_____ 地點：_____ 2.姓名：_____ 職稱：_____ 日期：_____ 地點：_____ <input type="checkbox"/> 其他相關單位或人員等 單位名稱：_____ 單位受訪人員： 1.姓名：_____ 職稱：_____ 日期：_____ 地點：_____ 2.姓名：_____ 職稱：_____ 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：訪視對象基本資料			
<input type="checkbox"/> 詳主表(以下免填)			
<input type="checkbox"/> 公務機關 <input type="checkbox"/> 安養機構 <input type="checkbox"/> 照護機構 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 其他單位 受訪人員 (可複選)			
單位全稱		立案字號	(公務機關免填)
負責人/代 表人姓名		立案時間	(公務機關免填)
姓 名		職 稱	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	工作年資	年 月
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		
專業證照	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 專科護理師 <input type="checkbox"/> 社會工作師		

	<input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 其他： _____)
聯絡電話	(O) _____ 轉 _____ (手機) (請依個人意願，可不填註)
聯絡地址	_____

第二部分：機關、安養照護機構、醫療院所及其他單位人員之訪視事項

(一) 機關、安養照護機構、醫療院所及其他單位與應受宣告人有無親屬關係或衝突評估

1.機構人員與應受宣告人是否有親屬關係	一、機構代表人、負責人與應受宣告人目前是否有親屬關係？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明 _____) 二、與機構有僱傭、委任或其他類似關係之人與應受宣告人目前是否有親屬關係？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明 _____) 三、有無民法第 1111 條之 2 所定不得為監護人/輔助人之情形 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明 _____)
2.機構或所屬人員與應受宣告人是否有衝突狀況	一、機構或所屬人員與應受宣告人是否有財務方面之衝突？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請說明衝突內容 _____) 二、機構或所屬人員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 _____) 三、機構或所屬人員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 _____)

(二) 機關、安養照護機構、醫療院所及其他單位對應受宣告人之瞭解程度評估

1.對應受宣告人之身心狀況評估	一、應受宣告人目前之口語表達能力 <input type="checkbox"/> 不瞭解(以下免填) <input type="checkbox"/> 表達清楚：手勢/單字/短句/正常 <input type="checkbox"/> 在溝通輔助的情況下表達清楚 <input type="checkbox"/> 可理解他人簡單語句 <input type="checkbox"/> 理解表達皆困難 <input type="checkbox"/> 其他： _____ 二、應受宣告人目前之行動能力 <input type="checkbox"/> 不瞭解(以下免填) (一) <input type="checkbox"/> 行/走/跑/跳穩定 <input type="checkbox"/> 行/走/跑/跳需輔助(需輔助內容： _____) (二) <input type="checkbox"/> 抓/握/敲/推功能佳 <input type="checkbox"/> 抓/握/敲/推需輔助(需輔助內容： _____) (三) <input type="checkbox"/> 視覺動作協調佳 <input type="checkbox"/> 視覺動作協調不良(需輔助內容： _____) (四) <input type="checkbox"/> 其他： _____ 三、應受宣告人目前之認知能力 <input type="checkbox"/> 不瞭解(以下免填) (一) <input type="checkbox"/> 注意力集中 <input type="checkbox"/> 注意力分散(補充說明： _____) (二) <input type="checkbox"/> 有基本數字概念 <input type="checkbox"/> 無基本數字概念(補充說明： _____) (三) <input type="checkbox"/> 認識簡單國字 <input type="checkbox"/> 不認識簡單國字(補充說明： _____) (四) <input type="checkbox"/> 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）

心血管疾病：_____罹病時間： 年 月

呼吸系統疾病：_____罹病時間： 年 月

消化系統疾病：_____罹病時間： 年 月

泌尿系統疾病：_____罹病時間： 年 月

肌肉骨骼疾病：_____罹病時間： 年 月

甲狀腺疾病：_____罹病時間： 年 月

口腔疾病：_____罹病時間： 年 月

腫瘤性疾病：_____罹病時間： 年 月

精神疾病：_____罹病時間： 年 月

其他：_____罹病時間： 年 月

六、應受宣告人目前服用或注射之藥物種類：

不瞭解（以下免填）

藥物：無 有（請說

明：_____）

副作用：無 有（請說

明：_____）

2. 應受宣告人之生活自理、人際互動及社區參與狀況能力評估

一、應受宣告人之生活自理能力描述：

不瞭解（以下免填）

有完全自理能力

完全無自理能力（以下免填）

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）

進食：無法自行進食 可以自行進食 需由他人餵食

其他（請說明：_____）

飲食習慣：一般食物 軟質食物 流質食物（可複選）

其他（請說明：_____）

個人衛生

如廁：無法自理 可以自理 需由他人協助 其他（請說

明：_____）

洗澡：無法自理 可以自理 需由他人協助 其他（請說

明：_____）

	<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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</p> <p><input type="checkbox"/>參與社區活動情形：（請說明：<input type="text"/>）</p>
<p>3. 照護契約之時間與費用支付狀況評估</p>	<p><input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填）</p> <p><input type="checkbox"/>目前入住單位之起迄時間（自____年____月____日至____年____月____日）</p> <p><input type="checkbox"/>照顧契約中載明之簽約人：<input type="text"/>關係：<input type="text"/>連絡電話：<input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/>照顧契約中載明之緊急聯絡人：<input type="text"/>關係：<input type="text"/>連絡電話：<input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/>照護費用由何人支付？</p> <p><input type="checkbox"/>應受宣告人（本人） <input type="checkbox"/>配偶：<input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/>父母：<input type="text"/> <input type="checkbox"/>兄弟姐妹：<input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/>子女：<input type="text"/> <input type="checkbox"/>其他：<input type="text"/>（請說明關係）</p> <p><input type="checkbox"/>照護費用支付情形</p> <p><input type="checkbox"/>均能按時支付 <input type="checkbox"/>偶有拖欠但日後均會補繳 <input type="checkbox"/>目前已拖欠____月費用未繳</p> <p><input type="checkbox"/>拖欠費用訴訟已繫屬____法院（請填寫案號____）</p> <p><input type="checkbox"/>其他（請說明：<input type="text"/>）</p>
<p>4. 應受宣告人對受照護環境與適應之狀況</p>	<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：<input type="text"/>）</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：<input type="text"/>）</p> <p><input type="checkbox"/>良好 <input type="checkbox"/>尚可 <input type="checkbox"/>不適應（請說明原因：<input type="text"/>）</p> <p>三、適應狀況說明：</p> <p><input type="checkbox"/>不瞭解（請說明原因：<input type="text"/>）</p>
<p>5. 對應受宣告人過</p>	<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>去、目前和未來主要照護者之看法與期待</p>	<p>一、對過往主要照護者之描述： <input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填） 姓名：_____ 與應受宣告人之關係：_____ 照顧起迄時間： 年 月 日至 年 月 日 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 說明：_____</p> <p>二、對目前主要照護者之描述與期待： <input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填） 姓名：_____ 與應受宣告人之關係：_____ 照顧起迄時間： 年 月 日至 年 月 日 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 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） <input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填） 期待：_____</p>
<p>6.對應受監護宣告人之財產狀況瞭解評估</p>	<p>一、應受宣告人目前之財產管理方式 <input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填）<input type="checkbox"/>無任何財產(以下免填) <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_____ <input type="checkbox"/>不動產：<input type="checkbox"/>出租 <input type="checkbox"/>處分 <input type="checkbox"/>其他_____ <input type="checkbox"/>其他，_____</p> <p>二、應受監護宣告人目前之財產狀況： <input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填） <input type="checkbox"/>無任何財產(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：_____ <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、應受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） <input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填） <input type="checkbox"/>無任何支出（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、應受宣告人目前每月收入狀況 <input type="checkbox"/>不瞭解（以下免填） <input type="checkbox"/>無任何收入(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）</p>

	<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：_____
7.探視應受 宣告人之 人員與次 數與方式 評估（請 依人數多 寡自行延 伸表格使 用）	<input type="checkbox"/> 應受宣告人入住機構至今無任何人員曾探（訪）視（以下免填） <input type="checkbox"/> 應受宣告人入住機構至今有下列人員曾探（訪）視： 一、配偶：(姓名) _____ <input type="checkbox"/> 最近一次之探視日期：____年____月____日____時____分至____時____分 <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____ <input type="checkbox"/> 每次平均約____分鐘/小時，每月總共約____分鐘/小時 <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 <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 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____） <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：_____ 二、子女：(姓名1) _____ (姓名2) _____ <input type="checkbox"/> 最近一次之探視日期：____年____月____日____時____分至____時____分 <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____ <input type="checkbox"/> 每次平均約____分鐘/小時，每月總共約____分鐘/小時 <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 <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 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____） <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：_____ 三、父母：(父姓名) _____ (母姓名) _____ <input type="checkbox"/> 最近一次之探視日期：____年____月____日____時____分至____時____分 <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____ <input type="checkbox"/> 每次平均約____分鐘/小時，每月總共約____分鐘/小時 <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 <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 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____） <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：_____ 四、兄弟姐妹：(姓名1) _____ 關係 _____ (姓名2) _____ 關係 _____ <input type="checkbox"/> 最近一次之探視日期：____年____月____日____時____分至____時____分 <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____ <input type="checkbox"/> 每次平均約____分鐘/小時，每月總共約____分鐘/小時

互動方式：無 電話 見面 視訊 電子郵件、手機簡訊或書信
陪同用餐 陪同散步 陪同參與活動 陪同外出
其他（請說明：_____）

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：
否 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：_____

五、其他人員：(姓名1) _____ 關係 _____ (姓名2) _____ 關係 _____
最近一次之探視日期：_____年 _____月 _____日 _____時 _____分至 _____時 _____分
互動頻率：無 每天 _____次 每週 _____次 每個月 _____次 其他 _____
每次平均約 _____分鐘/小時，每月總共約 _____分鐘/小時
互動方式：無 電話 見面 視訊 電子郵件、手機簡訊或書信
陪同用餐 陪同散步 陪同參與活動 陪同外出
其他（請說明：_____）

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：
否 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：_____

第三部分：檢附之相關資料

- 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
2.扣繳憑單 3.存款證明 4.稅捐資料 5.不動產所有權狀 6.在職證明 7.健康檢查報告
8.警察刑事紀錄證明 9.股票 10.其他：_____

※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。

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