

救助「隱藏的受害者」

康泰失智症家屬救生圈團體

您知道失智症（又名癡呆症）是新世紀疾病嗎？
您知道失智症照顧者承擔著莫大的照顧壓力與負荷
被稱為「隱藏的受害者」嗎？

您知道失智症照顧者比其他慢性病照顧者
有更多的焦慮、憂鬱及罹病率？

您或您的家人是否正飽受著失智症的痛苦煎熬？
康泰失智症家屬救生圈團體將傾注所有心力
讓您的照顧生活更有保障更有品質！



- ◎ **團體方式**：由醫師及相關專業人員等帶領，內容包括：相關影片欣賞、壓力紓解運動、發展並加強照顧者的處理及溝通技巧、強化照顧者的照顧妙方、與病人的快樂相處之道、如何面對失落、教導疏解壓力的方法與情緒管理。
- ◎ **招募對象**：輕度或中度失智症家屬（謝絕非家屬參加）
- ◎ **報名方式**：請傳真或 mail 回覆，恕不接受現場報名
- ◎ **課程費用**：當天繳交\$1500 元（含：講義課程費\$1000 元、保證金\$500 元）
全勤且不遲到早退者，退還保證金。
- ◎ **團體時間**：第一、三週星期六上午 9:00~12:00，每期團體 6 次課程



102 年度 課程時間	第一次	第二次	第三次	第四次	第五次	第六次
	認識失智症	行為問題之 認識與處置(一)	行為問題之 認識與處置(二)	照顧者自我調適 與社會資源運用	失智老人之 活動安排	失智老人之 日常生活照顧
第 21 期	5/18	6/1	6/15	7/6	7/20	8/3
第 22 期	10/5	10/19	11/2	11/16	12/7	12/21

財團法人天主教康泰醫療教育基金會 失智老人服務組

電話：(02) 2365-7780 分機 14 林小姐
傳真：(02) 2365-7770 分機 14
網址：www.kungtai.org.tw
E-mail：health@kungtai.org.tw
地址：106 台北市羅斯福路三段 245 號 8 樓

1. 捷運可搭淡水一新店線，至台電大樓站下車，往出口 2 的方向即可。
2. 搭公車至古亭國小站或是台電大樓站下車：聯營 1、74、208、236、251、252、253、254、278、311、606、644、648、660、671、672、673
新店客運：台北-烏來、台北-坪林



康泰失智症家屬救生圈團體 報名表

照顧者姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	年齡： 歲	教育程度：
患者姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	年齡： 歲	教育程度：
照顧者與患者關係： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____			是否同住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
訊息來源： <input type="checkbox"/> 報紙 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 記憶門診 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____			
照顧者工作狀態： <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 已退休(____年) <input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 從未工作過 專長：_____			
患者照護情形： <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 親戚_____ <input type="checkbox"/> 外傭 <input type="checkbox"/> 其他_____			
失智程度： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度	CDR 值：	MMSE 分數：	
失智類型： <input type="checkbox"/> 退化型(阿茲海默症) <input type="checkbox"/> 血管型 <input type="checkbox"/> 混合型 <input type="checkbox"/> 早發性 <input type="checkbox"/> 其他_____			
診斷情形：醫院_____ 科別_____ 醫師_____			
診斷時間：____年____月		病齡：____年____月	
目前用藥： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 愛憶欣 <input type="checkbox"/> 憶思能 <input type="checkbox"/> 利憶靈 <input type="checkbox"/> 威智 <input type="checkbox"/> 憶必佳 <input type="checkbox"/> 其他_____			
已申請福利： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 走失手鍊 <input type="checkbox"/> 其它_____			
聯絡電話：(日) _____ (夜) _____ (手機) _____			
聯絡地址：□□□			
電子信箱：			
請簡易描述(務必填寫)： 1. 患者身體狀況或行為問題 2. 您在照顧上認為較困難的部份 3. 您期望參與此次活動獲得哪些協助或資訊			
報名日期：			

熱情邀約，歡迎您加入康泰溫馨的大家庭！