

# 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



103 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 23 期	5/3	5/17	6/7	6/21	7/5	7/19
第 24 期	10/4	10/18	11/1	11/15	12/6	12/20

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](http://www.kungtai.org.tw)

E-mail：[health@kungtai.org.tw](mailto:health@kungtai.org.tw)

地址：106 台北市羅斯福路三段 245 號 8 樓



# 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：
病人姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	年齡： 歲	教育程度：
照顧者與病人關係： <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：_____			
病人照護情形： <input type="checkbox"/> 照顧者 <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. 病人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！