

「這樣活不失智-

(第 11 梯次)

輕度失智者與照顧者生活型態再設計團體」

透過專業地規劃與帶領，期許輕度失智者與照顧者一同分享生活、檢視自己的健康狀況，訂定身心靈的健康計畫，並在生活中執行，提升生活品質。

◎地點：虎林花甲樂園

(台北市信義區虎林街 159 號)

◎時間：週二下午 13:00-15:00 (日期如下表)

◎參與人數：12 人 (6 組)

◎參與對象：輕度失智者與其照顧者

1. 須確診為輕度失智、識字

2. MMSE >20、具口頭表達能力、與家人同住者為佳。

◎帶領人：

天主教失智老人基金會 董懿萱 職能治療師

天主教失智老人基金會 黃庭鳳 心理專員

◎活動時間與活動內容：112 年(2023 年)



陪伴失智長者一起訂定並執行計畫

次數	日期	課程主題
1	1/31	認識你真好
2	2/7	生活習慣與健康
3	2/14	活力滿點 1
4	2/21	活力滿點 2
5	3/7	『食』在好健康 1
6	3/14	『食』在好健康 2
7	3/21	大腦運動
8	3/28	幸福趴趴走 1
9	4/11	幸福趴趴走 2
10	4/18	內外兼 GOOD
11	4/25	壓力與睡眠
12	5/2	心的交會
13	5/9	情緒與溝通
14	5/16	我的照顧計畫
15	5/23	畢業典禮

※備註

1. 對團體詳情與報名有疑問請洽 02-2332-0992 #103 黃小姐，或至失智老人基金會網站：<https://www.cfad.org.tw/news/detail/346> 查詢。
2. 填寫報名表後，將在課前一個月內邀請您至本會作測驗以確認是否可參加團體。
3. 測驗通過者將收取保證金 1000 元，如請假兩次以內將於最後一次團體時退還保證金(請假請至少兩天前告知)。
4. 若活動日期因遇不可抗力之因素，活動將有延後舉辦或取消之可能。

*若當周為連假，則順延至下周

財團法人天主教失智老人社會福利基金會

「這樣活不失智-輕度失智者與照顧者生活型態再設計團體」(第11梯次)

報名表

報名方式：

1. 線上報名：<https://forms.gle/v85aETUVAEAutkDe7>

2. 傳真報名：填妥報名表後，回傳至(02)23320877。



失智者姓名	出生		年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 其他_____						
主要語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他:_____		宗教信仰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 其他:_____			
健康狀況	失智診斷	1. 失智程度及類型 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 失智症(阿茲海默型、血管型、其他_____) 診斷日期(年份與月份): _____ 2. 近三個月簡易智能量表(MMSE)評估結果(若無請填無) 分數: _____ 評估日期(年份與月份): _____					
	提醒說明						
目前居住狀況	<input type="checkbox"/> 與配偶同住 <input type="checkbox"/> 與固定子女同住 <input type="checkbox"/> 與子女輪住 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 安養機構 <input type="checkbox"/> 其他:_____						
家屬姓名	(<input type="checkbox"/> 為失智者的主要照顧者)					關係	
電話	(H) _____ (0) _____ 手機: _____						
住址	_____市_____區_____路(街) _____段_____巷_____弄_____號_____樓						

【限額12名，以能連續參與團體之學員優先。】