

花蓮縣長期照顧個案轉介單

10603 修訂

轉介單位：_____ 轉介者：_____ 電話/傳真：_____ 轉介日期：_____

個案基本資料	姓名	出生		民國	年	月	日	身份證字號
	身障手冊 (證明)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障別(類)		等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
	身份別	1. <input type="checkbox"/> 一般戶 2. <input type="checkbox"/> 中低收入 3. <input type="checkbox"/> 低收入	65歲以上失能老人			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
			55歲以上失能原住民			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
			失能身心障礙者			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
			50歲以上失智症者患者			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
			僅工具性日常生活活動需協助獨居老人			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
聯絡人		關係		電話				
通訊住址								
戶籍地址								
主要照顧者： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 外籍看護 <input type="checkbox"/> 其他								
居住狀況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有同住者 <input type="checkbox"/> 其他(住院中或機構)								

個案現況與主要問題：(請註明疾病史、失能狀況、申請服務原因)

欲申請服務項目：**括弧內為使用服務首要條件**

- 照顧服務(居家/家托/日照服務)-(名下無外籍看護工)
- 送餐服務-(需為中低收及低收獨居及名下無外籍看護工)
- 交通接送-(需達中度 3 至 4 項 ADLs 失能者)
- 居家護理-(不符合健保收案及已健保居護 2 次者)
- 喘息服務-(需有主要照顧者及名下無外籍看護工)
- 居家/社區復健-(未使用醫院復健個案)
- 機構服務-(需為中低收/低收入戶及中/重度失能/及名下無外籍看護工)
- 輔具購買/無障礙環境改善-(無障礙環境改善住院中無法評估)
- 小規模多機能服務-(名下無外籍看護工)
- 失智症照顧服務
- 家庭照顧者支持服務
- 預防或延緩失能與失智之服務
- 銜接出院準備服務
- 銜接居家醫療服務

個案處理回覆：-----

接案結果：

無法提供服務原因：

承辦人：_____ 回覆日期：_____

長照中心電話：03-8226889 傳真：03-8228934 E-mail：hltc8226889@gmail.com