

南投縣社區安寧居家療護轉介表單

一、病人基本資料

申請日期：____年____月____日

1. 姓名：_____ 2. 性別：男女 3. 出生日期：民國____年____月____日
4. 身分證號碼：_____ 5. 疾病名稱：_____
6. 現居地址：_____
7. 目前是否住在機構：否 是，_____

二、聯絡人資料

1. 姓名：_____ 2. 與病人關係：_____
3. 電話：_____ 手機_____

本人（或聯絡人）簽名：_____

三、請轉介社區安寧居家療護前，回原診療醫院，申請病歷摘要，並由主治醫師核章確認符合安寧療護收案條件之末期病人，核章後轉介居住所在地衛生所或診所申請，經審查通過後，派遣社區安寧居家療護醫師和護理師至貴府服務。

四、收案條件：（參考全民健康保險署公告安寧療護收案條件）

病患的主要症狀	醫師核章確認	病患的主要症狀	醫師核章確認
1. _____ 癌症末期（註明癌症別）		6. 慢性氣道阻塞， 他處未歸類者	
2. 末期運動神經元		7. 肺部其他疾病	
3. 老年期及初老期 器質性精神病態		8. 慢性肝病及肝硬化	
4. 其他大腦變質		9. 急性腎衰竭，未 明示者	
5. 心臟衰竭		10. 慢性腎衰竭及 腎衰竭，未明示者	

原診療醫院名稱：_____ 主治醫師核章：_____