

南投縣政府失智共同照護中心/失智社區服務據點 個案服務轉介單

113.4 版

申請日期：____年__月__日 申請單位：_____ 申請人員：_____

個案基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號		出生日期	年 月 日
	電話		手機	
	居住地址			
	使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語：____ <input type="checkbox"/> 其他：____		
	教育狀態	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字，未受正規教育 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 原住民		
	身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：障別_____等級_____	重大傷病卡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：
	失智症程度	<input type="checkbox"/> 待確診 <input type="checkbox"/> 極輕度(CDR0.5) <input type="checkbox"/> 輕度(CDR1) <input type="checkbox"/> 中度(CDR2) <input type="checkbox"/> 重度(CDR3)		
聯絡人	姓名		連絡電話	
	關係		是否為照顧者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
照顧者	<input type="checkbox"/> 同聯絡人(下表免填) <input type="checkbox"/> 無主要照顧者			
	姓名		連絡電話	
	關係	(如為看護請備註國籍)	年齡	
個案狀況概述				
轉介單位	<input type="checkbox"/> 轉介之共照中心：_____			
	<input type="checkbox"/> 轉介之失智社區服務據點：_____			

下表由受轉介之共照中心專業人員/失智據點人員填寫			
回復日期		回復人員(含職稱)	
收案情形	<input type="checkbox"/> 未符合收案條件。 <input type="checkbox"/> 符合收案條件，並自____年__月__日起提供服務。 <input type="checkbox"/> 符合收案條件，惟個案/案家拒絕服務。		

*受轉介單位接獲轉介後，應就收案情形回復給原轉介單位。