

南投縣政府長期照顧管理中心個案申請單/轉介單

填表單位：

日期： 年 月 日

填表者：

電話：

傳真：

一、個案基本資料：

個案姓名：	身份證字號：	性別：	生日： 年 月 日
電話：	手機：	原住民：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
聯絡人：	與個案關係：	電話：	手機：
戶籍地址：	縣市	鄉鎮市區	村里鄰
居住地址： <input type="checkbox"/> 同上	縣市	鄉鎮市區	村里鄰

居住狀態	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 配偶同住 <input type="checkbox"/> 子女同住 <input type="checkbox"/> 子女家輪流住 <input type="checkbox"/> 其它()
身份福利別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入 <input type="checkbox"/> 低收入
身心障礙手冊/證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障別： 等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度)
常用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其它()
教育程度	<input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 識字但未就學 <input type="checkbox"/> 不識字
是否聘請看護	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 本籍 小時/天 <input type="checkbox"/> 外籍)
是否入住機構	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
3個月內是否住院	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(原因：) 疾病史： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 其它：

二、欲申請服務之種類(可複選)

<input type="checkbox"/> 照顧服務類 <input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 交通接送 <input type="checkbox"/> 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 <input type="checkbox"/> 老人營養餐飲服務 <input type="checkbox"/> 小規模多機能服務 <input type="checkbox"/> 長期照顧機構服務 <input type="checkbox"/> 家庭照顧者支持服務	<input type="checkbox"/> 專業服務 <input type="checkbox"/> IADLs 復能-居家 <input type="checkbox"/> IADLs 復能-社區 <input type="checkbox"/> ADLs 復能-居家 <input type="checkbox"/> ADLs 復能-社區 <input type="checkbox"/> 社區適應-居家 <input type="checkbox"/> 社區適應-社區 <input type="checkbox"/> 營養照護 <input type="checkbox"/> 喘息服務 <input type="checkbox"/> 居家 <input type="checkbox"/> 機構住宿式 <input type="checkbox"/> 日間照顧中心	<input type="checkbox"/> 預防及延緩失能服務 <input type="checkbox"/> 銜接出院準備服務 <input type="checkbox"/> 銜接居家醫療 <input type="checkbox"/> 失智照護服務(共同照護管理中心) <input type="checkbox"/> 失智照護服務(失智社區服務據點) <input type="checkbox"/> 社區整體照顧服務體系 <input type="checkbox"/> 原住民社區整合服務 <input type="checkbox"/> 社區預防性照顧 <input type="checkbox"/> 其他()
---	---	---

個案主要問題及需求簡述：

三、個案/案家自我評估表，長期照顧管中心初篩表：

	自評	初篩	自評	初篩	自評	初篩	自評	初篩	
1.進食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助	1.上街購物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助
2.移位	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助	2.外出活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助
3.如廁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助	3.食物烹調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助
4.洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助	4.家務維持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助
5.平地走動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助	5.洗衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助
6.穿脫衣褲鞋襪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不需協助	照顧者：	<input type="checkbox"/> 有(姓名/關係：) <input type="checkbox"/> 無			

基於個人資料保護法及相關法令之規定，取得您的個人資料之目的在於提供良好服務及執行職務或業務之必要範圍內蒐集處理及利用您的個人資料，您同意本中心以您所提供之個人資料確認您的身份、與您進行連絡、提供您本案之相關服務及資訊。

初篩結果：符合 不符合(無失能、其他_____)

處理情形：

無使用意願 其它 (_____)

服務轉介：服務項目：_____

服務單位：_____

照顧管理專員：_____日期： 年 月

日

長照服務專線:1966 南投縣政府長期照顧管理中心 專線：049-2209595 傳真：049-2247343