**南投縣政府長期照顧管理中心個案申請單/轉介單**

104.12製版

105.06一修

106.02二修

107.06三修

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填表單位： | | | | | | | |  | | | 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 填表者： | | | | | | | | 電話: | | | 傳真：  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，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的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。 | | | | | |
| **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： □是 □否 | | | | | | |
| 聯絡人： | | | 與個案關係：  縣市  縣市  鄉鎮  市區鄉鎮  市區  村  里  村  里 | | | | | | | 電話：  路街  路  街 | | | 手機： | | | |
| 戶籍地址：　 　　　　　　　　 鄰　 段　 巷　 弄　 號　 樓 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地址：□同上　　 　　　　　　　 鄰　 段　 巷　 弄　 號　 樓 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住狀態 | | | | □獨居　□配偶同住　□子女同住　□子女家輪流住　□其它( ) | | | | | | | | | | | | |
| 身份福利別 | | | | □一般戶　□中低收入　□低收入 | | | | | | | | | | | | |
| 身心障礙手冊/證明 | | | | □無　□有(障別：　　　　　　　 等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度) | | | | | | | | | | | | |
| 常用語言 | | | | □國語　□台語　□客家語　□原住民語　□其它( ) | | | | | | | | | | | | |
| 教育程度 | | | | □研究所　□大學　□高中　□國中　□國小　□識字但未就學　□不識字 | | | | | | | | | | | | |
| 是否聘請看護 | | | | □否　□是(□本籍　　 小時/天 □外籍) | | | | | | | | | | | | |
| 是否入住機構 | | | | □否　□是 | | | | | | | | | | | | |
| 3個月內是否住院 | | | | □否 □是(原因： ) 疾病史：□高血壓□糖尿病□腦中風□癌症□其它： | | | | | | | | | | | | |
| **二、欲申請服務之種類(可複選)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | □**照顧服務類** | □**專業服務** | | **□預防及延緩失能服務** | | □居家服務 | □IADLs復能-居家 | □困擾行為照護 | **□銜接出院準備服務** | | □日間照顧 | □IADLs復能-社區 | □臥床或長期活動受限照護  □居家環境安全或無障礙空  間規劃  □居家護理『限107年以前  申請之個案』 | **□銜接居家醫療** | | □家庭托顧  □**交通接送** | □ADLs復能-居家  □ADLs復能-社區 | **□失智照護服務**  **(共同照護管理中心)** | | □**輔具購買、租借及**  **居家無障礙環境改善** | □社區適應-居家  □社區適應-社區 | **□失智照護服務**  **(失智社區服務據點)** | | □**老人營養餐飲服務**  □**小規模多機能服務** | □營養照護 | □進食與吞嚥照護 | **□社區整體照顧服務體系**  **□原住民社區整合服務**  **□社區預防性照顧**  **□其他( )** | | □**喘息服務** | | | □**長期照顧機構服務**  **□家庭照顧者支持服務** | □居家□機構住宿式  □日間照顧中心 | □小規模多機能夜間  □巷弄長照站 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | □ □需協助 | | | | | □ □不需協助 | | | | 1.上街購物 | □ □需協助 | | | □ □不需協助 | | |
| 2.移位 | □ □需協助 | | | | | □ □不需協助 | | | | 2.外出活動 | □ □需協助 | | | □ □不需協助 | | |
| 3.如廁 | □ □需協助 | | | | | □ □不需協助 | | | | 3.食物烹調 | □ □需協助 | | | □ □不需協助 | | |
| 4.洗澡 | □ □需協助 | | | | | □ □不需協助 | | | | 4.家務維持 | □ □需協助 | | | □ □不需協助 | | |
| 5.平地走動 | □ □需協助 | | | | | □ □不需協助 | | | | 5.洗衣服 | □ □需協助 | | | □ □不需協助 | | |
| 6.穿脫衣褲鞋襪 | □ □需協助 | | | | | □ □不需協助 | | | | 照顧者： □有(姓名/關係： )□無 | | | | | | |
| **初篩結果：**□符合 □不符合(□無失能、□其他 ) □無使用意願□其它（ ）  **服務轉介：**服務項目：  服務單位： | | | | | | | | | | **處理情形:**  **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**