**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**