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 日期: 填表單位: 月 107.06 三修 轉介者: 電話: 傳真: 111.04 四修 一、個案基本資料 個案姓名: 身分證字號: 性別: 生日: 年 月 日 手機: 電話: 原住民: □是 □否 縣 鄉鎮 村 路 户籍地址: 段 巷 弄 樓 號 市區 市 里 街 縣 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓 居住地址: □同上 市 市區 里 釬 居住狀態 □獨居 □配偶同住 □子女同住 □子女家輪流住 □入住機構 □其它(身份福利別 □一般戶 □中低收入 □低收入 津貼類別:□身心障礙生活補助 □中低老人生活津貼 身心障礙證明 □無 □有(障別: 等級: □輕度 □中度 □重度 □極重度)]台語 □客家語 □原住民語 □其它(常用語言 國語 研究所 □大學 □高中 國中 □國小 □識字但未就學 教育程度 □是(□本籍 □外籍) 是否聘請看護 否 小時/天 □是(原因: 3個月內是否住院 | 否)疾病史:□高血壓□糖尿病□腦中風□癌症□其它: 二、主要照顧者資料 姓名: 電話: 手機: 生日: 月 日 與個案關係: 身心障礙證明:□無□有 (障別: 等級:) 身分證字號: 三、主要聯絡人資料 □同上(如不同請填下列資料) 手機: 姓名: 電話: 與個案關係: 四、欲申請服務之種類(可複選) □照顧服務 □專業服務 □喘息服務 □銜接出院準備服務 □居家服務 □IADLs 復能、ADLs 復能照護 □居家 □銜接居家醫療 □居家失能個案家庭醫師照護方案 □日間照顧 □機構住宿式 □個別化服務計畫(ISP)擬定與執行 □家庭托顧 □日間照顧中心 □失智照護服務-共同照護管理中心 □營養照護 □失智照護服務-失智社區服務據點 □社區式服務交 □小能規模多 □進食與吞嚥照護 機能(夜間) □老人營養餐飲服務 通接送 □困擾行為照護 □小規模多機能服務 □巷弄長照站 □臥床或長期活動受限照護 □長期照顧機構服務 □居家環境安全或無障礙空間規劃 □家庭照顧者支持服務 □交通接送 □居家護理指導與諮詢 □原住民社區整合服務(文健站) □其他(□輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 □社區預防性照顧 個案主要問題及需求簡述: 五、個案/案家自我評估表,長期照顧管中心初篩表: ★由照管中心填寫 民眾自評 ★照管中心初篩 ★照管中心初篩 民眾自評 **ADL IADL** 不需協助 需協助 不需協助 需協助 不需協助 需協助 不需協助 需協助 1. 進食 1.上街購物 2.外出活動 2.移位 3.如廁 3.食物烹調 4.洗澡 4. 家務維持 5.平地走動 5.洗衣服 6. 穿脫衣褲鞋襪 以下由照管中心填寫 評估前 評估後 處理情形: 個案為□初評□復評□重開案□人籍不一□其他: 初篩結果:□符合 □不符合(□無失能、□其他 轉介 A 單位:

照顧管理專員:

回覆申請單位日期: 年

日期:

日/接聽人員:

月

□無使用意願 □其它(

月

預約訪視日期: