|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  111.04四修 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 填表單位：財團法人南投縣私立南投仁愛之家 | | | | | | | | |  | | | | | | | | 日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 轉介者： | | | | | | | | | 電話:049-2222751 | | | | | | | | 傳真： | | | | | | | |
| **一、個案基本資料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個案姓名： | | | | 身分證字號： | | | | | | | | | | 性別： | | | | | | | | 生日：　 年　 月　 日 | | |
| 電話： | | | | 手機： | | | | | | | | | | 原住民： □是 □否 | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址： | | | | | 縣  市 |  | | 鄉鎮  市區 | | |  | | |  | 村  里 | 鄰 | | | 路  街 | | 段 巷 弄 號 樓 | | | |
| 居住地址：□同上 | | | | | 縣  市 |  | | 鄉鎮  市區 | | |  | | |  | 村  里 | 鄰 | | | 路  街 | | 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 □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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、主要照顧者資料**  姓名：  與個案關係：  **三、主要聯絡人資料**  姓名： | | | | 電話：  身分證字號：  □同上(如不同請填下列資料)  電話： | | | | | | | | | | 手機：  身心障礙證明：□無□有  手機： | | | | | | | | 生日：　 年　 月　 日  (障別： 等級： )  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**  **□銜接居家醫療**  **□居家失能個案家庭醫師照護方案**  **□失智照護服務-共同照護管理中心**  **□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**  **□長期照顧機構服務**  **□家庭照顧者支持服務**  **□原住民社區整合服務(文健站)** | | | | | | |
| □居家服務  □日間照顧  □家庭托顧  □社區式服務交  通接送 | | | □IADLs復能、ADLs復能照護  □個別化服務計畫(ISP)擬定與執行  □營養照護  □進食與吞嚥照護  □困擾行為照護  □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  □居家護理指導與諮詢 | | | | | | | | | | □居家  □機構住宿式  □日間照顧中心  □小能規模多  機能(夜間)  □巷弄長照站 | | | | |
| **□交通接送** | | |
| **□輔具購買、租借及居家無障礙環境改善** | | | | | | | | | | **□社區預防性照顧** | | | | | | | | **□其他( )** | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADL** | 民眾自評 | | | | | | **★**照管中心初篩 | | | | | | | **IADL** | | | 民眾自評 | | | | | | **★**照管中心初篩 | |
| 需協助 | | | 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 |
| 1.進食 | □ | | | □ | | | □ | | □ | | | | | 1.上街購物 | | | □ | | | □ | | | □ | □ |
| 2.移位 | □ | | | □ | | | □ | | □ | | | | | 2.外出活動 | | | □ | | | □ | | | □ | □ |
| 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**  **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 )  □無使用意願 □其它（ ）  **預約訪視日期：** 　 年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | | **評估後**  **處理情形:**  **轉介A單位：**  **照顧管理專員:**  日期： 　年　 月　 日  **回覆申請單位日期：**　年　 月　 日/接聽人員： | | | | | | | | | | |
| 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。 **專線:049-2209595傳真:049-2247343** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |