

台中市長期照顧管理中心個案服務初篩表/轉介單

971029 一版

一、個案基本資料：

FAX:25158188

個案姓名	身分證字號	電話	生日	民國	年	月	日	性別
聯絡人	與個案關係	聯絡人電話	手機					
經濟狀況	管路		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 造瘻 <input type="checkbox"/> 其他_____					
身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障別：_____, 程度：_____)		壓瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：_____, 等級：_____, 大小：___ cm <sup>2</sup> )				
居住地址								
戶籍地址								
獨居	<input type="checkbox"/> 非獨居 <input type="checkbox"/> 獨居							
看護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 本籍_____小時/天 <input type="checkbox"/> 外籍_____人)							
疾病狀況	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 癌症:_____ <input type="checkbox"/> 吸入性肺炎 <input type="checkbox"/> 其他:_____							

二、欲申請服務之種類：(可複選)

<input type="checkbox"/> 照顧服務 ( <input type="checkbox"/> 居家服務、 <input type="checkbox"/> 日間照顧 )	<input type="checkbox"/> 居家護理	<input type="checkbox"/> 居家物理	<input type="checkbox"/> 居家職能	<input type="checkbox"/> 喘息服務
<input type="checkbox"/> 輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務	<input type="checkbox"/> 老人餐飲服務	<input type="checkbox"/> 機構安置	<input type="checkbox"/> 交通接送服務	<input type="checkbox"/> 其他:_____

案主(家)  
主要問題  
及需求

三、ADL失能項目評估：總分為：\_\_\_\_\_分

ADL失能項目	<input type="checkbox"/> 重度(5項以上) <input type="checkbox"/> 中度(3-4項)	
	<input type="checkbox"/> 輕度(1-2項) <input type="checkbox"/> 無項目失能	
1. 進食	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
2. 移位	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
3. 如廁	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
4. 洗澡	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
5. 平地走動	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
6. 穿脫衣褲鞋襪	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助

五、照顧者評估、出入院情形：

項 目	選 項
1、是否有照顧者	<input type="checkbox"/> 固定照顧者
	<input type="checkbox"/> 無固定照顧者
	<input type="checkbox"/> 無照顧人力
2、是否剛出院 (1週內)	<input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 是
3、是否住院中	<input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 是

四、IADL失能項目評估 (獨居個案使用)

1. 上街購物	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
2. 外出活動	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
3. 食物烹調	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
4. 家務維持	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
5. 洗衣服	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助

六、篩選結果：

<input type="checkbox"/> 失能，但不接案	原因： <input type="checkbox"/> 需付費拒絕 <input type="checkbox"/> 自行照顧 <input type="checkbox"/> 其他_____
<input type="checkbox"/> 接案	<input type="checkbox"/> 預約訪視評估
<input type="checkbox"/> 不接案	原因： <input type="checkbox"/> 非失能者 <input type="checkbox"/> 設籍外縣市 <input type="checkbox"/> 其他
	諮詢服務： <input type="checkbox"/> 是 內容為_____
	<input type="checkbox"/> 否 原因為_____

填表單位：臺中市大雅區衛生所

日期：年 月 日

轉介者/通報者：

電話：25661091

傳真：

台中市長期照顧管理中心：

日期：年 月 日

照顧管理專員

電話：

傳真：

處理情形：

處  
理

接案機構：

接案結果：無法提供服務，原因：

處理情形：

將收案管理，收案計畫如下：

其他：

接案者：

日期：年 月 日

電話：

傳真：

回  
覆