

轉介表

編號：

填表日期： 年 月 日

受轉介單位資料				
受轉介單位			聯絡人	
			聯絡電話	
			傳真電話	
			E-mail	
服務使用者基本資料				
服務使用者姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 年 月 日__歲
戶籍地址			身分證字號	
通訊住址			電話/手機	
聯絡人		關 係	電話/手機	
障礙類別	<input type="checkbox"/> 舊制： <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 聲音及語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇 <input type="checkbox"/> 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 慢性精神疾病 <input type="checkbox"/> 重器障 <input type="checkbox"/> 多重障礙：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____			
	<input type="checkbox"/> 新制(代碼)：ICF 編碼【 】/ICD 診斷【 】 <input type="checkbox"/> 第一類： <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇 <input type="checkbox"/> 第二類： <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 第三類： <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙者 <input type="checkbox"/> 第四類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-心臟 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-造血機能 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-呼吸器官 <input type="checkbox"/> 第五類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-吞嚥機能 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-胃 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-腸道 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-肝臟 <input type="checkbox"/> 第六類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-腎臟 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-膀胱 <input type="checkbox"/> 第七類： <input type="checkbox"/> 肢體障礙者 <input type="checkbox"/> 第八類： <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 其 他： <input type="checkbox"/> 多重障礙者 <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染異、先天代謝異常、先天缺陷）			

障礙等級	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.輕度 <input type="checkbox"/> 3.中度 <input type="checkbox"/> 4.重度 <input type="checkbox"/> 5.極重度		
致障原因	<input type="checkbox"/> 1.先天，說明：_____ <input type="checkbox"/> 2.後天，說明：_____ <input type="checkbox"/> 3.其他_____		
福利身份別	<input type="checkbox"/> 1.低收入戶：_____款 <input type="checkbox"/> 2.1 中低收入戶 1.5 倍以下 <input type="checkbox"/> 2.2 符合 2.5 倍以下 <input type="checkbox"/> 未達最低生活費 2.5 倍 <input type="checkbox"/> 3.一般戶		
身份別	<input type="checkbox"/> 1.原住民 <input type="checkbox"/> 2.榮民、榮眷 <input type="checkbox"/> 3.新住民		
教育程度	1. <input type="checkbox"/> 未接受教育 2. <input type="checkbox"/> 有接受教育： <input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中(職) <input type="checkbox"/> 4.專科/大學 <input type="checkbox"/> 5.研究所以上 說明：_____		
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1.自宅 <input type="checkbox"/> 2.租屋_____元/月 <input type="checkbox"/> 3.醫療院所 <input type="checkbox"/> 4.教養機構 <input type="checkbox"/> 5.職訓機構 <input type="checkbox"/> 6.中途之家 <input type="checkbox"/> 7.社區家園 <input type="checkbox"/> 8.無固定住所 <input type="checkbox"/> 9.親友家中 <input type="checkbox"/> 10.宿舍(學校/公司) <input type="checkbox"/> 11.其他：(請說明)_____		
服務使用者及其家庭狀況	【簡述 服務對象 問題/需求、 服務對象 需特別注意之情況、已提供之服務等】		
家系圖/生態圖	【繪製並描述家庭狀況如年齡、職業及目前資源使用狀況等】		
服務需求項目	<input type="checkbox"/> 醫療及復健 <input type="checkbox"/> 輔具 <input type="checkbox"/> 學校教育 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 個人照顧 <input type="checkbox"/> 居家協助 <input type="checkbox"/> 經濟協助 <input type="checkbox"/> 家庭照顧者支持 <input type="checkbox"/> 安全 <input type="checkbox"/> 參與社會 <input type="checkbox"/> 權益爭取倡導 <input type="checkbox"/> 其他_____		
問題/需求陳述			
轉介目的	【描述期待受轉介單位提供之服務】		
轉介資料	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明 (請附正反面影本) <input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 個案基本資料 <input type="checkbox"/> 相關評估資料：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____		
轉出單位資料			
轉出單位	聯絡電話		
	傳真電話		
	E-mail		
	社工員		督 導

轉介日期： 年 月 日