

# 嘉義市東區衛生所長者健康服務社區資源諮詢轉介單

## 一、轉介單位

填寫日期：民國 年 月 日

單位名稱			轉介人員	
聯繫電話		Email	傳真	

## 二、個案基本資料

個案姓名			年齡		出生年月日	
性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性		居住地址			
身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 身障補助 <input type="checkbox"/> 老農 <input type="checkbox"/> 榮民/榮譽 <input type="checkbox"/> 其他					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有同住者：			<input type="checkbox"/> 其他(住院/機構等)：		
健康狀況	<input type="checkbox"/> 65歲以上失能長者 <input type="checkbox"/> 55歲以上失能原住民 <input type="checkbox"/> 50歲以上失智症患者 <input type="checkbox"/> 失能之身心障礙者 <input type="checkbox"/> 健康長者 <input type="checkbox"/> 亞健康長者 <input type="checkbox"/> 其他：					
主要照顧者	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 外籍看護 <input type="checkbox"/> 其他：					
參與據點	<input type="checkbox"/> 有(單位名稱：		出席頻率：	次/周	次/月)	<input type="checkbox"/> 無
聯絡人			電話			
與個案關係			Email			
轉介簡述	個案可能需要之資訊或服務： <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 居家安全與防跌 <input type="checkbox"/> 高齡營養 <input type="checkbox"/> 失智及高齡友善 <input type="checkbox"/> 慢性疾病管理 <input type="checkbox"/> 醫療保健 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 福利補助及資源 <input type="checkbox"/> 其他諮詢 【說明】： 轉介資源付費意願 <input type="checkbox"/> 願意(能接受範圍： 元) <input type="checkbox"/> 不願意					

## 三、轉介回覆

轉介回覆情形	<input type="checkbox"/> 給本單位協助轉告 <input type="checkbox"/> 通知個案即可 <input type="checkbox"/> 雙方
回覆方式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 電子信箱 <input type="checkbox"/> 傳真

聯絡人：陳護理師

電話：05-2750423 分機 317

傳真：05-2750483

轉 介 回 條

社區資源 連結建議	服務單位	地址	電話	服務內容
轉介日期	年 月 日	轉介單位		
轉介者		聯繫電話		

追蹤日期	<input type="checkbox"/> 資源已連結，並接受服務 <input type="checkbox"/> 資源已連結，但無接受服務
年 月 日	<input type="checkbox"/> 原資源無法連結，提供其他資訊 <input type="checkbox"/> 個案無意願