|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填表單位：財團法人愚人之友基金會社會福利慈善事業基金會 | | | | | | | | | | 日期： 年 月 日 | | | | |
| 填表者： | | | | | 電話:049-2918867 | | | | | 傳真：049-2915297 | | | | |
| **一、個案基本資料：**  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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | |
| 聯絡人： | | 與個案關係：  縣市  縣市  村  里  村  里  鄉鎮  市區鄉鎮  市區 | | | | | | 電話：  路街  路  街 | | | 手機： | | | |
| 戶籍地址：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 鄰　 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地址：□同上 鄰 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　□其它( ) | | | | | | | | | | | | |
| 身分服務別 | | □一般戶　□中低收入　□低收入 | | | | | | | | | | | | |
| 身心障礙手冊/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) | | | | | | | | | | | | |
| 是否入住機構 | | □否　□是 | | | | | | | | | | | | |
| 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、欲申請服務之種類(可複選)** | | | | | | | | | | | | | | |
| □**照顧服務類**  □居家服務  □日間照顧  □家庭托顧  □**交通接送**  □**輔具購買、租借及**  **居家無障礙環境改善**  □**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** | | □**專業服務** | | | | | | | | | □**預防及延緩失能服務**  □**銜接出院準備服務**  □**銜接居家醫療**  □**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)**  □**社區整體照顧服務體系**  □**原住民社區整合服務**  □**社區預防性照顧**  □**其他( )** | | | |
| □IADLs復能-居家  □IADLs復能-社區  □ADLs復能-居家  □ADLs復能-社區  □社區適應-居家  □社區適應-社區  □營養照護 | | | | | □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『限107年以前申請之個案』  □進食與吞嚥照護 | | | |
| □**喘息服務** | | | | | | | | |
| □居家 □機構住宿式  □日間照顧中心 | | | | | □小規模多機能夜間  □巷弄長照站 | | | |
| 個案主要問題及需求簡述： | | | | | | | | | | | | | | |
| **三、個案／案家自我評估表，長期照顧管理中心初篩表:** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 需協助 | | | 不需協助 | | | | |  | 需協助 | | | 不需協助 | |
| 自評 | | 初篩 | 自評 | | 初篩 | | | 自評 | | 初篩 | 自評 | 初篩 |
| 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 | □ | | □ | □ | | □ | | | 有無照顧者： □有(關係/姓名：　　 　　)□無 | | | | | |

**初篩結果:** □符合 □不符合(□無失能、□其他\_\_\_\_) 　**處理情形:**

104.12製版

105.06一修

106.01二修

107.06三修

**南投縣政府長期照顧管理中心個案申請單/轉介單**

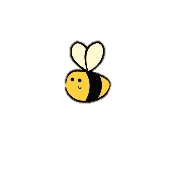
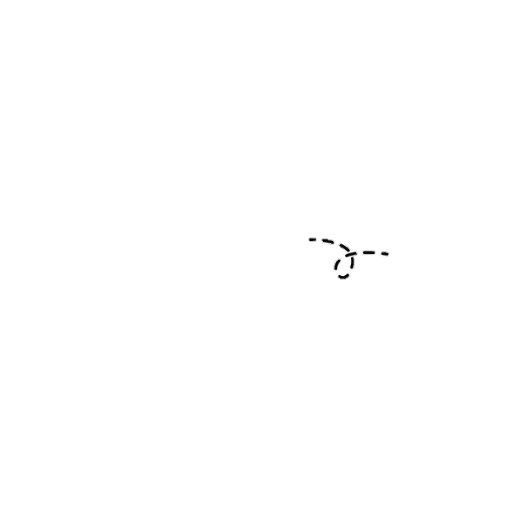
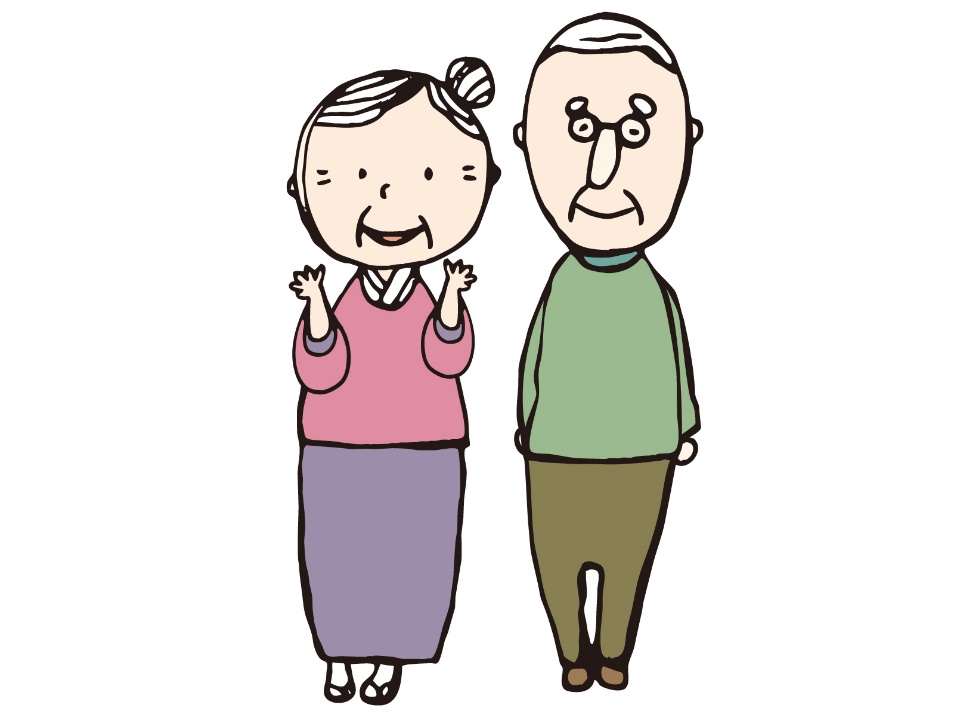
□無使用意願□其他(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**服務轉介：**服務項目：＿＿＿＿＿＿＿

照顧管理專員：­­­＿＿＿＿＿＿日期：　年　月　日

服務單位：­­­＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

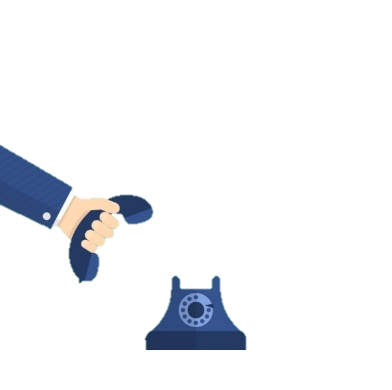
★長照服務專線：1966 ★南投縣政府長期照顧管理中心 專線：049-2209595 傳真：049-2247343

****

服務時間

周一至周五

上午08:00~12:00 下午01:00~05:00



**聯絡我們**

洽詢電話:049-2918867

傳真專線:049-2915297

地址:南投縣鐵山里鐵山路2號

網址:http://www.qif.org.tw

**服務區域**

埔里鎮

國姓鄉

魚池鄉

水里鄉

仁愛鄉

信義鄉

集集鎮

* 65歲以上日常生活需他人協助老人。
* 55歲以上日常生活需他人協助**原住民。**
* **50歲以上失智症**患者(有相關證明文件)。
* 領有身心障礙手冊日常生活需他人協助者。

**服**

**務**

**對**

**象**

政府立案字號八九投府社工字第八九一五九三六六號

**服**

**務**

**項**

**目**

1. 基本身體清潔
2. 基本日常照顧
3. 測量生命徵象
4. 協助餵食或灌食
5. 餐食照顧
6. 協助沐浴及洗頭
7. 足部照護
8. 翻身拍背
9. 協助上(下樓梯)
10. 陪同外出
11. 陪同就醫
12. 家務協助
13. 代購或代領或代送
14. 協助洗頭
15. 協助排泄
16. 協助執行輔助性醫療
17. 安全看視
18. 陪伴服務
19. 巡視服務
20. 到宅沐浴車

居 家 服 務

