**到宅沐浴車**

1. **簡介**

你可以忍受一天、二天.....一年，甚至長達十年不洗澡，只用擦澡的方式嗎?但是對於長期臥床的失能者或是身心障礙者，這是可能發生的事情，家屬可能因為體力、人力、設備、空間或經濟上的問題只能用"擦澡"的方式清潔個案的身體，長久下來可能因為搔癢造成感染的問題，身體上的異味也造成家屬沉重的心理負擔。

現在，南投縣擁有第一台「到宅沐浴車」，搭配行動組合式浴槽，並透過專業訓練的護理師、照顧服務員及操作員三人一組的專業團隊提供服務，只需要「一坪半」大小的空間，就可以為失能者或是身心障礙者進行全身式沐浴，不但可以洗去身體的髒汙、促進血液循環，也卸下家屬的重擔。

**二、服務內容：**全身式沐浴

**三、服務區域：**埔里鎮、國姓鄉、魚池鄉、信義鄉、仁愛鄉、水里鄉

**四、申請資格：**

南投縣市因肢體癱瘓無法翻身且無法自行坐起，而無法自行沐浴或家屬無法執行沐浴之居家失能老人及身心障礙者，且無傳染病之虞，皆可提出申請。

**五、補助標準：**

1. **低收、中低收入戶**：**免費**，費用全由南投縣政府補助。
2. **設籍在南投縣之一般戶**：300元/次。
3. **非設籍在南投縣之一般戶**：600元/次。

**六、申請方式：**

1. 親洽或以傳真填妥申請書
2. 逕行致電本會提出申請

【本會連絡資訊】

地址：南投縣埔里鎮鐵山里鐵山路6號　　電話：(049)2918867　　傳真：(049)2918821

|  |  |
| --- | --- |
|  | 財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會基金會 |

到宅沐浴車申請單　　　**申請日期：　 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **壹、服務者基本資料** | **姓名** |  | | **性 別** | |  | | **生 日** | |  | |
| **聯絡電話** |  | | | | 身份別 | | | □一般戶□中低收入戶□低收入戶 | | |
| **居住地址** |  | | | | | | | | | |
| **聯絡人姓名** |  | **關係** | |  | | **電話** | | | |  |
| 是否聘有看護 | □是(□本國籍 □外籍) □否 □申請中(□本國籍 □外籍) | | | | | | | | | |
| 貳、健康資料 | 意識狀況 | □1.清醒 □2.嗜睡 □3.昏迷 □4.混亂 □5.其他： | | | | | | | | | |
| 疾 病 史 | □1.無 □2.心臟病 □3.糖尿病 □4.高血壓 □5.中風  □6.其他： □7.曾經有動過手術： | | | | | | | | | |
| 管路 | □1.無 □2.有： (註明管路名稱、部位) | | | | | | | | | |
| 呼吸狀況 | □1.不需使用氧氣 □2.使用氧氣(1.□可暫時移除氧氣 2.□無法移除氧氣)  使用氧氣類型1.□鼻導管 2.□氧氣罩 3.□其他 | | | | | | | | | |
| 皮膚狀況 | 1.□正常  2.□異常 (1)□過度乾燥有皮屑 (2)□瘀青 (3)□疹子  (4)□傷口（部位： 大小： 深度：＿ 類別：□擦傷、割傷  □術後傷口 □燒燙傷 □壓瘡 □其他慢性傷口：＿ ）  (5)□其他： ＿＿＿＿＿ | | | | | | | | | |
| 参  、  住  家  情  況 | 住屋形式 | □1.公寓（居住樓層 樓 □有電梯 □無電梯）  □2.獨棟 □3.三合院 □4.其他 | | | | | | | | | |
| 居住安排 | □1.獨居  □2.固定與家屬同住(□配偶 □子女 □孫子女 □其他 )  □3.輪流與家屬同住 | | | | | | | | | |
| 備  註 |  | | | | | | | | | | |

◎本表填妥後，請傳真至049-2918821，並來電049-2918500確認告知，謝謝。

**(以下欄位由本會到宅沐浴服務評估人員填寫)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理評估者 |  | | |
| 初次電訪時間 | 年 月 日 | 約定家訪時間 | 年 月 日 |
| 評估結果 | □可收案提供服務  □無法收案提供服務  原因： | | |