

臺東縣重癱病患「巴氏量表」到宅評量服務申請書

申請日期： 年 月 日

一、是否聘請看護幫忙照顧： <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是 (<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍)			
二、被看護者基本資料			
姓 名		出生日期	____年____月____日
身份證字號		電 話	()
身份福利別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
居住狀況	<input type="checkbox"/> (1)獨居 <input type="checkbox"/> (2)固定與他人同住 <input type="checkbox"/> (3)輪流與他人同住 <input type="checkbox"/> (4)其他		
現居地址	____縣/市____市/鄉/鎮____村/里 ____路/街____段____巷____弄____號____樓		
最近重症治療之醫院	<input type="checkbox"/> 馬偕醫院臺東分院 <input type="checkbox"/> 衛生署臺東醫院 <input type="checkbox"/> 臺東榮民醫院 <input type="checkbox"/> 佛教慈濟醫院關山分院 <input type="checkbox"/> 其他醫療院所(請先至該醫院申請病歷或病摘)		
三、申請人(雇主)資料			
姓 名		與被看護者的關係	
聯絡電話	(H) _____ (O) _____ 手機 _____		
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 _____縣/市____市/鄉/鎮____村/里 _____路/街____段____巷____弄____號____樓		

◎最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完整。謝謝！

◎持有以下項目之身心障礙手冊，經鑑定為重度等級以上者，不須經過巴氏量表評估可直接至臺東縣衛生局長照科申請。

- 1 平衡機能障礙 2 精神病 3 智能障礙 4 自閉症 5 失智症 6 先天代謝異常
 7 染色體異常 8 其他先天缺陷 9 植物人 10 多重障礙者(至少具有前 9 項目之一)。

聯絡人(或代理人)簽名：_____ 電話：_____ 手機：_____