

臺東縣疑似/確診失智個案轉介暨回覆單

(照管專員/A 個管/衛生所適用)

107.12.12 製
113.01.18 修
113.06.04 修

個案基本資料	身分證 統一編號		個案姓名		出生日期	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	原住民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	連絡電話	
	居住地址					
	長照服務 使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已結案 <input type="checkbox"/> 失能等級 1a 失智前期 <input type="checkbox"/> 長照服務使用中(失能等級 CMS:)				
	就醫情形	<input type="checkbox"/> 固定就醫: 看診醫院:_____ 科別:_____ 回診時間:_____				
	主要 照顧者		關係		連絡電話	
	聯絡地址					
轉介類別	<input type="checkbox"/> 失智共同照護中心: _____					
狀況簡述	簡述內容應包含: 1. 個案的近況(含疑似失智狀況或精神行為症狀、發生時間、頻率..等) 2. 希望共照能夠協助部分(如就醫、提供照護指導、轉介據點...等)					
單位名稱		連絡電話		傳真號碼		
轉介人員		轉介日期		督導簽章		

-----回覆單-----

收案	<input type="checkbox"/> 收案 <input type="checkbox"/> 不收案				
處置狀況					
回覆日期		連絡電話		傳真號碼	
回覆者簽章					

回覆單結果請回傳轉介單位及台東縣長期照顧管理中心。傳真號碼:089-333112。