

長者健康資源整合樞紐站-社區資源轉介單

本人是否同意接受後續轉介流程：同意不同意(如不同意將告知家屬多加注意個案) 編號：

轉介單位	轉介人員	職稱	電話			
	單位類別	<input type="checkbox"/> 醫療院所 _____ <input type="checkbox"/> 公衛體系 _____ <input type="checkbox"/> 社福單位 _____ <input type="checkbox"/> 民間單位 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____				
個案資料	姓名	年齡	歲 性別 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 居住狀況 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	居住地	鄉鎮市 村里 街路 段 弄 號 樓				
	聯繫電話	<input type="checkbox"/> 願意參與本局/所各課程				
訪視情況	<input type="checkbox"/> 測量血壓 _____ / 血糖 _____ / 脈搏 _____ <input type="checkbox"/> 立即安排就醫 <input type="checkbox"/> 安排門診就醫 <input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 贈送營養素 <input type="checkbox"/> 衛教： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____					
問題概述						
初評情況	<input type="checkbox"/> 衰弱 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 復健中 <input type="checkbox"/> 肌少症 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 精神(憂鬱) <input type="checkbox"/> 智能(少) <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 壓瘡(傷口) <input type="checkbox"/> 慢性病： _____ <input type="checkbox"/> 多重用藥 x _____ 種 <input type="checkbox"/> 其他： _____					
資源轉介需求及項目	編號	資源面相需求	類別			
	1	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 運動課程 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 運動場地			
	2	<input type="checkbox"/> 居家安全與防跌	<input type="checkbox"/> 防跌或居家安全衛教 <input type="checkbox"/> 居家安全及修繕 <input type="checkbox"/> 輔具 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 視力(眼科)			
	3	<input type="checkbox"/> 高齡營養	<input type="checkbox"/> 營養教育 <input type="checkbox"/> 營養評估 <input type="checkbox"/> 口腔保健及健口操 <input type="checkbox"/> 健康飲食實作課程 <input type="checkbox"/> 共餐 <input type="checkbox"/> 送餐 <input type="checkbox"/> 食物銀行			
	4	<input type="checkbox"/> 失智及高齡友善	<input type="checkbox"/> 高齡友善環境 <input type="checkbox"/> 失智友善環境 <input type="checkbox"/> 諮詢及支持 <input type="checkbox"/> 失智篩檢/醫療照護 <input type="checkbox"/> 訪走失載具			
	5	<input type="checkbox"/> 慢性病管理	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 支持團體 <input type="checkbox"/> 其他慢性病資源			
	6	<input type="checkbox"/> 預防保健	<input type="checkbox"/> 成人健檢(C肝) <input type="checkbox"/> 癌篩 <input type="checkbox"/> 戒菸服務 <input type="checkbox"/> 衰弱評估 <input type="checkbox"/> 物理及職能治療 <input type="checkbox"/> 流感及肺炎			
	7	<input type="checkbox"/> 交通	<input type="checkbox"/> 銀髮或無障礙接送 <input type="checkbox"/> 接駁 <input type="checkbox"/> 共乘服務 <input type="checkbox"/> 志工接送或陪同 <input type="checkbox"/> 無障礙設備改裝			
	8	<input type="checkbox"/> 社會參與	<input type="checkbox"/> 進修/課程/活動 <input type="checkbox"/> 長者活動場所 <input type="checkbox"/> 擔任志工 <input type="checkbox"/> 銀髮就業 <input type="checkbox"/> 關懷陪伴 <input type="checkbox"/> 網路社群			
	9	<input type="checkbox"/> 福利及補助	<input type="checkbox"/> 補助及資源申請窗口 <input type="checkbox"/> 老花眼鏡補助 <input type="checkbox"/> 老人假牙補助 <input type="checkbox"/> 交通補助			
10	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 居家醫療				
提供的社區資源連結建議(樞紐站提供給轉介單位)						
編號	單位名稱	地址	電話	服務內容	費用	
轉介結果追蹤	<input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，提供協助中 <input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，部分問題解決，持續使用中 <input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，問題已解決，無須再使用 <input type="checkbox"/> 編號 _____：無法連結，原因： _____ <input type="checkbox"/> 編號 _____：提供其他社區資源建議 _____					
	連結窗口	<input type="checkbox"/> 長照中心	聯絡人：	電話：		
		<input type="checkbox"/> 社福單位	聯絡人：	電話：		
		<input type="checkbox"/> 衛生所	聯絡人：	電話：		
<input type="checkbox"/> 各里里長： _____ 里		聯絡人：	電話：			
	<input type="checkbox"/> 其他： _____	聯絡人：	電話：			

評估日期： 年 月 日 / 轉介日期： 年 月 日

長者健康資源整合樞紐站-社區資源轉介單

本人是否同意接受後續轉介流程：同意不同意(如不同意將告知家屬多加注意個案) 編號：

轉介單位	轉介人員	職稱	電話			
	單位類別	<input type="checkbox"/> 醫療院所 _____ <input type="checkbox"/> 公衛體系 _____ <input type="checkbox"/> 社福單位 _____ <input type="checkbox"/> 民間單位 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____				
個案資料	姓名	年齡	歲 性別 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 居住狀況 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	居住地	鄉鎮市 村里 街路 段 弄 號 樓				
	聯繫電話	<input type="checkbox"/> 願意參與本局/所各課程				
訪視情況	<input type="checkbox"/> 測量血壓 _____ / 血糖 _____ / 脈搏 _____ <input type="checkbox"/> 立即安排就醫 <input type="checkbox"/> 安排門診就醫 <input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 贈送營養素 <input type="checkbox"/> 衛教： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____					
問題概述						
初評情況	<input type="checkbox"/> 衰弱 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 復健中 <input type="checkbox"/> 肌少症 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 精神(憂鬱) <input type="checkbox"/> 智能(少) <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 壓瘡(傷口) <input type="checkbox"/> 慢性病： _____ <input type="checkbox"/> 多重用藥 x _____ 種 <input type="checkbox"/> 其他： _____					
資源轉介需求及項目	編號	資源面相需求	類別			
	1	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 運動課程 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 運動場地			
	2	<input type="checkbox"/> 居家安全與防跌	<input type="checkbox"/> 防跌或居家安全衛教 <input type="checkbox"/> 居家安全及修繕 <input type="checkbox"/> 輔具 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 視力(眼科)			
	3	<input type="checkbox"/> 高齡營養	<input type="checkbox"/> 營養教育 <input type="checkbox"/> 營養評估 <input type="checkbox"/> 口腔保健及健口操 <input type="checkbox"/> 健康飲食實作課程 <input type="checkbox"/> 共餐 <input type="checkbox"/> 送餐 <input type="checkbox"/> 食物銀行			
	4	<input type="checkbox"/> 失智及高齡友善	<input type="checkbox"/> 高齡友善環境 <input type="checkbox"/> 失智友善環境 <input type="checkbox"/> 諮詢及支持 <input type="checkbox"/> 失智篩檢/醫療照護 <input type="checkbox"/> 訪走失載具			
	5	<input type="checkbox"/> 慢性病管理	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 支持團體 <input type="checkbox"/> 其他慢性病資源			
	6	<input type="checkbox"/> 預防保健	<input type="checkbox"/> 成人健檢(C肝) <input type="checkbox"/> 癌篩 <input type="checkbox"/> 戒菸服務 <input type="checkbox"/> 衰弱評估 <input type="checkbox"/> 物理及職能治療 <input type="checkbox"/> 流感及肺炎			
	7	<input type="checkbox"/> 交通	<input type="checkbox"/> 銀髮或無障礙接送 <input type="checkbox"/> 接駁 <input type="checkbox"/> 共乘服務 <input type="checkbox"/> 志工接送或陪同 <input type="checkbox"/> 無障礙設備改裝			
	8	<input type="checkbox"/> 社會參與	<input type="checkbox"/> 進修/課程/活動 <input type="checkbox"/> 長者活動場所 <input type="checkbox"/> 擔任志工 <input type="checkbox"/> 銀髮就業 <input type="checkbox"/> 關懷陪伴 <input type="checkbox"/> 網路社群			
	9	<input type="checkbox"/> 福利及補助	<input type="checkbox"/> 補助及資源申請窗口 <input type="checkbox"/> 老花眼鏡補助 <input type="checkbox"/> 老人假牙補助 <input type="checkbox"/> 交通補助			
10	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 居家醫療				
提供的社區資源連結建議(樞紐站提供給轉介單位)						
編號	單位名稱	地址	電話	服務內容	費用	
轉介結果追蹤	<input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，提供協助中 <input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，部分問題解決，持續使用中 <input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，問題已解決，無須再使用 <input type="checkbox"/> 編號 _____：無法連結，原因： _____ <input type="checkbox"/> 編號 _____：提供其他社區資源建議 _____					
	連結窗口	<input type="checkbox"/> 長照中心	聯絡人：		電話：	
		<input type="checkbox"/> 社福單位	聯絡人：		電話：	
		<input type="checkbox"/> 衛生所	聯絡人：		電話：	
<input type="checkbox"/> 各里里長： _____ 里		聯絡人：		電話：		
	<input type="checkbox"/> 其他： _____	聯絡人：		電話：		

評估日期： 年 月 日 / 轉介日期： 年 月 日

長者健康資源整合樞紐站-社區資源轉介單

本人是否同意接受後續轉介流程：同意不同意(如不同意將告知家屬多加注意個案) 編號：

轉介單位	轉介人員	職稱	電話			
	單位類別	<input type="checkbox"/> 醫療院所 _____ <input type="checkbox"/> 公衛體系 _____ <input type="checkbox"/> 社福單位 _____ <input type="checkbox"/> 民間單位 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____				
個案資料	姓名	年齡	歲 性別 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 居住狀況 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	居住地	鄉鎮市 村里 街路 段 弄 號 樓				
	聯繫電話	<input type="checkbox"/> 願意參與本局/所各課程				
訪視情況	<input type="checkbox"/> 測量血壓 _____ / 血糖 _____ / 脈搏 _____ <input type="checkbox"/> 立即安排就醫 <input type="checkbox"/> 安排門診就醫 <input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 贈送營養素 <input type="checkbox"/> 衛教： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____					
問題概述						
初評情況	<input type="checkbox"/> 衰弱 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 復健中 <input type="checkbox"/> 肌少症 <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 精神(憂鬱) <input type="checkbox"/> 智能(少) <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 壓瘡(傷口) <input type="checkbox"/> 慢性病： _____ <input type="checkbox"/> 多重用藥 x _____ 種 <input type="checkbox"/> 其他： _____					
資源轉介需求及項目	編號	資源面相需求	類別			
	1	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 運動課程 <input type="checkbox"/> 運動指導 <input type="checkbox"/> 運動場地			
	2	<input type="checkbox"/> 居家安全與防跌	<input type="checkbox"/> 防跌或居家安全衛教 <input type="checkbox"/> 居家安全及修繕 <input type="checkbox"/> 輔具 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 視力(眼科)			
	3	<input type="checkbox"/> 高齡營養	<input type="checkbox"/> 營養教育 <input type="checkbox"/> 營養評估 <input type="checkbox"/> 口腔保健及健口操 <input type="checkbox"/> 健康飲食實作課程 <input type="checkbox"/> 共餐 <input type="checkbox"/> 送餐 <input type="checkbox"/> 食物銀行			
	4	<input type="checkbox"/> 失智及高齡友善	<input type="checkbox"/> 高齡友善環境 <input type="checkbox"/> 失智友善環境 <input type="checkbox"/> 諮詢及支持 <input type="checkbox"/> 失智篩檢/醫療照護 <input type="checkbox"/> 訪走失載具			
	5	<input type="checkbox"/> 慢性病管理	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 支持團體 <input type="checkbox"/> 其他慢性病資源			
	6	<input type="checkbox"/> 預防保健	<input type="checkbox"/> 成人健檢(C肝) <input type="checkbox"/> 癌篩 <input type="checkbox"/> 戒菸服務 <input type="checkbox"/> 衰弱評估 <input type="checkbox"/> 物理及職能治療 <input type="checkbox"/> 流感及肺炎			
	7	<input type="checkbox"/> 交通	<input type="checkbox"/> 銀髮或無障礙接送 <input type="checkbox"/> 接駁 <input type="checkbox"/> 共乘服務 <input type="checkbox"/> 志工接送或陪同 <input type="checkbox"/> 無障礙設備改裝			
	8	<input type="checkbox"/> 社會參與	<input type="checkbox"/> 進修/課程/活動 <input type="checkbox"/> 長者活動場所 <input type="checkbox"/> 擔任志工 <input type="checkbox"/> 銀髮就業 <input type="checkbox"/> 關懷陪伴 <input type="checkbox"/> 網路社群			
	9	<input type="checkbox"/> 福利及補助	<input type="checkbox"/> 補助及資源申請窗口 <input type="checkbox"/> 老花眼鏡補助 <input type="checkbox"/> 老人假牙補助 <input type="checkbox"/> 交通補助			
10	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 居家醫療				
提供的社區資源連結建議(樞紐站提供給轉介單位)						
編號	單位名稱	地址	電話	服務內容	費用	
轉介結果追蹤	<input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，提供協助中 <input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，部分問題解決，持續使用中 <input type="checkbox"/> 編號 _____：已連結，問題已解決，無須再使用 <input type="checkbox"/> 編號 _____：無法連結，原因： _____ <input type="checkbox"/> 編號 _____：提供其他社區資源建議 _____					
	連結窗口	<input type="checkbox"/> 長照中心	聯絡人：		電話：	
		<input type="checkbox"/> 社福單位	聯絡人：		電話：	
		<input type="checkbox"/> 衛生所	聯絡人：		電話：	
<input type="checkbox"/> 各里里長： _____ 里		聯絡人：		電話：		
	<input type="checkbox"/> 其他： _____	聯絡人：		電話：		

評估日期： 年 月 日 / 轉介日期： 年 月 日