

雲林縣失智共同照護中心(若瑟醫院)

個案轉介單

基本資料	姓名		出生	民國	年	月	日	歲	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	緊急聯絡人		電話		關係				健保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	身份別	<input type="checkbox"/> 1 一般 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 身障手冊 <input type="checkbox"/> 5 其他_____									
	戶籍地址										
	現住址				身分證字號						
認知評估	CDR: _____ MMSE: _____ AD-8: _____										
失智症確診	<input type="checkbox"/> 尚未確診 <input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度										
個案摘要 (個案情況)											
服務說明	<input type="checkbox"/> 轉介提供服務項目： <input type="checkbox"/> 無法提供服務原因： <input type="checkbox"/> 需要其他說明：										
服務需求	轉介服務： <input type="checkbox"/> 個案管理 <input type="checkbox"/> 失智服務據點 <input type="checkbox"/> 日照中心 <input type="checkbox"/> 疾病諮詢 <input type="checkbox"/> 照護諮詢 <input type="checkbox"/> 藥物諮詢 <input type="checkbox"/> 營養諮詢 <input type="checkbox"/> 復健諮詢 <input type="checkbox"/> 社會福利諮詢 <input type="checkbox"/> 法務諮詢 <input type="checkbox"/> 中醫諮詢 <input type="checkbox"/> 心理諮詢 <input type="checkbox"/> 其他： 轉介單位： <input type="checkbox"/> 醫院： <input type="checkbox"/> 長期照顧管理中心： <input type="checkbox"/> 失智共同照護平台： <input type="checkbox"/> 醫療群(診所)： <input type="checkbox"/> 其他： 轉介日期： 年 月 日 轉介者： 電話： 傳真：										