

宜蘭縣政府身心障礙者生涯轉銜暨個案中心

個案轉介單(醫療院所專用)

案主姓名		性別		出生	年 月 日	身分證字號		
教育程度		職業		現住病房		住院日期		
是否有重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				是否領冊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
				障別/類別：		ICD碼：		
聯繫方式	戶籍地址：					電話：		
	居住地址：							
	親友電話及地址：							
轉介目的 (請詳述)								
<p>一、主要診斷及病症相關情形</p> <p>二、家系圖</p> <p>三、案主及案家概況</p> <p>四、支持系統及資源評估</p> <p>五、問題評估(含個案生活自理能力和精神狀況等)</p> <p>六、已提供處遇</p> <p>1. 醫療處遇：</p> <p>2. 親友協尋及連繫情形(電話、簡訊、信件、到院協商、家屬協調會議等)</p> <p>3. 轉介其他單位協助：</p> <p>七、常用輔具、現有管路或醫衛耗材等使用情形：<input type="checkbox"/>輪椅<input type="checkbox"/>電動代步車<input type="checkbox"/>助行器<input type="checkbox"/>單拐<input type="checkbox"/>矯正鞋 <input type="checkbox"/>義肢<input type="checkbox"/>副木<input type="checkbox"/>背架<input type="checkbox"/>護腰<input type="checkbox"/>頸圈<input type="checkbox"/>便盆椅<input type="checkbox"/>鼻胃管<input type="checkbox"/>導尿管<input type="checkbox"/>氣切管<input type="checkbox"/>抽痰<input type="checkbox"/>氧氣機<input type="checkbox"/>呼吸器 <input type="checkbox"/>人工造口<input type="checkbox"/>尿布<input type="checkbox"/>注射胰島素<input type="checkbox"/>血糖測試<input type="checkbox"/>血液透析<input type="checkbox"/>腹膜透析<input type="checkbox"/>其他(請說明)：</p> <p>八、若個案須安置機構相關服務請附醫院出院準備服務計畫(若無可參考文末附件)</p>								
社 工				督 導				主 管
聯繫電話：				傳真：		*若逾三日未回覆，應主動進行追蹤。		

出院準備計畫書

醫療院所名稱		轉介日期	
醫師		主責社工	TEL : FAX :

壹、基本資料

姓名： 性別：男 女 出生日期： 年 月 日（ 足歲）

身份證號： 身心障礙類別： 程度：輕度中度重度極重度

戶籍地址： 縣市 鄉鎮市區 村里 街路 段 巷 弄 號 樓

通訊地址：（同上）

 縣市 鄉鎮市區 村里 街路 段 巷 弄 號 樓

連絡電話：

保護人/主要照顧者： 與病人關係： 連絡電話：

連絡地址：（同上） 鄉鎮市區 村里 街路 段 巷 弄 號 樓

貳、疾病史與目前狀況

(1)內外科臨床診斷：無 高血壓 心臟病 糖尿病 肝炎 肺結核 癲癇 性病 皮膚病
氣喘 其他：

(2) 曾住本院（____）次。 此次入院日期： 年 月 日至 年 月 日

此次入院方式：家屬自行辦理 緊急就醫 強制住院其他：

(3) 疾病簡史： _____

(4) 目前使用的藥物及劑量：

(5) 返家，是否轉居家治療 是，居家治療預計於____月____日開始

否，預定下次回診時間：____月____日

參、出院後轉介單位：（請寫明機構單位）

長期照顧管理中心(長期照顧服務)

就業服務：

康復之家：

社區復健中心：

護理之家：

養護機構：

身障機構：

其他：

出院評估

類別	評估內容
病情說明	住院期間病情說明： <input type="checkbox"/> 已說明病患病情及預後 <input type="checkbox"/> 已說明醫療計畫 <input type="checkbox"/> 已說明出院後續評估及建議 家屬反應： <input type="checkbox"/> 溝通良好 <input type="checkbox"/> 積極配合 <input type="checkbox"/> 無法理解 <input type="checkbox"/> 拒絕接受 <input type="checkbox"/> 質疑 <input type="checkbox"/> 過度期待及要求 <input type="checkbox"/> 過度擔憂焦慮 <input type="checkbox"/> 憤怒不滿 <input type="checkbox"/> 其他： 建議： <input type="checkbox"/> 可利用返診定期與醫師討論即可 <input type="checkbox"/> 若病情重大變化時，務必主動溝通 <input type="checkbox"/> 因家屬理解度不佳，應持續說明及溝通 <input type="checkbox"/> 其他：
護理	住院期間照護指導： <input type="checkbox"/> 傷口護理（ <input type="checkbox"/> 換藥敷料 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 日常觀察） <input type="checkbox"/> 疤痕照顧（ <input type="checkbox"/> 按摩 <input type="checkbox"/> 癢） <input type="checkbox"/> 疼痛緩解 <input type="checkbox"/> 其他： 衛教方式： <input type="checkbox"/> 書面單張、光碟 <input type="checkbox"/> 示範 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他： 建議： <input type="checkbox"/> 僅需返診或訪視時提醒 <input type="checkbox"/> 需密集 <input type="checkbox"/> 面談指導衛教 <input type="checkbox"/> 電話衛教
營養	<input type="checkbox"/> 無特別需求 <input type="checkbox"/> 體重：_____公斤 <input type="checkbox"/> 建議熱量攝取：_____ Kcal/天 <input type="checkbox"/> 建議蛋白質類食物攝取_____ 克 <input type="checkbox"/> 其他飲食注意事項：_____
藥物	<input type="checkbox"/> 無特別需求 <input type="checkbox"/> 止痛藥：_____ <input type="checkbox"/> 燙傷藥膏 <input type="checkbox"/> 止癢藥物 <input type="checkbox"/> 抗過敏藥物 <input type="checkbox"/> 抗生素：_____ 指導事項：_____ <input type="checkbox"/> 鎮靜安眠藥物：_____ 指導事項：_____ <input type="checkbox"/> 其他特殊用藥：_____ <input type="checkbox"/> 其他服藥指導事項：_____

照顧 服務	<input type="checkbox"/> 住院期間照顧： <input type="checkbox"/> 24小時（ <input type="checkbox"/> 家屬照顧 <input type="checkbox"/> 看護照顧） <input type="checkbox"/> 陪伴照顧 <input type="checkbox"/> 建議後續照顧： <input type="checkbox"/> 仍需24小時 <input type="checkbox"/> 輔助性照顧 <input type="checkbox"/> 陪伴性照顧 <input type="checkbox"/> 應可不需要照顧
精神& 心理	<input type="checkbox"/> 心理狀態評估 住院期間出現症狀： <input type="checkbox"/> 譫妄 <input type="checkbox"/> 急性壓力反應 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 目前仍持續之症狀： <input type="checkbox"/> 譫妄 <input type="checkbox"/> 急性壓力反應 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 精神科藥物評估： <input type="checkbox"/> 暫無需求 <input type="checkbox"/> 有，目前用藥：_____ <input type="checkbox"/> 建議精神科門診追蹤 <input type="checkbox"/> 建議社區心理諮商服務 <input type="checkbox"/> 須持續注意情緒變化及生活適應狀況 <input type="checkbox"/> 情緒支持 <input type="checkbox"/> 其他：
社工	家庭及人際支持： <input type="checkbox"/> 非常充足 <input type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> 非常不足 經濟困難： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____ 資源資訊提供： <input type="checkbox"/> 書面單張 <input type="checkbox"/> 家屬座談會 <input type="checkbox"/> 面談諮詢 建 議：

出院後需求評估

個案及家屬主訴	醫院評估與建議
<p><input type="checkbox"/> 1. 轉其他醫院：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 轉機構服務：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 返家</p> <p>後續復健/回診院所：_____</p> <p>*返家生活安排：</p> <p>居住無障礙環境：</p> <p><input type="checkbox"/> 不需改善</p> <p><input type="checkbox"/> 需改善：_____</p> <p>*主要照顧者：_____</p> <p>關係：_____</p> <p>*服務需求：</p> <p><input type="checkbox"/> 個人生理照顧 <input type="checkbox"/> 安置服務</p> <p><input type="checkbox"/> 居家復健指導 <input type="checkbox"/> 就醫接送</p> <p><input type="checkbox"/> 就醫陪伴 <input type="checkbox"/> 家務協助</p> <p><input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 喘息服務</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：</p>	<p>*返家生活安排：</p> <p>居住無障礙環境：</p> <p><input type="checkbox"/> 不需改善</p> <p><input type="checkbox"/> 需改善：_____</p> <p>*生活自理能力：</p> <p><input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 部分自理 <input type="checkbox"/> 完全依賴</p> <p>*居家照顧：</p> <p><input type="checkbox"/> 須人指導 <input type="checkbox"/> 部分協助 <input type="checkbox"/> 完全協助</p> <p>*服務需求：</p> <p><input type="checkbox"/> 個人生理照顧 <input type="checkbox"/> 安置服務</p> <p><input type="checkbox"/> 居家復健指導 <input type="checkbox"/> 就醫接送</p> <p><input type="checkbox"/> 就醫陪伴 <input type="checkbox"/> 家務協助</p> <p><input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 喘息服務</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：</p>