

宜蘭縣政府身心障礙者轉銜暨個案管理中心

個案轉介單

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。		