

宜蘭縣視覺功能障礙者生活重建服務計畫

個案轉介單

轉介日期： 年 月 日

受轉介單位：宜蘭縣政府社會處老障科

案主姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	年 月 日	身分證字號	
聯繫方式	戶籍地址：					電話：	
	居住地址：						
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：	
轉介目的 (請詳述)							
一、求助原因							
二、家系圖							
三、案主及案家概況							

四、支持系統

五、已提供處遇

六、問題評估

七、未來處遇計畫建議(欲申請服務項目，如：定向行動訓練、盲用電腦文書技巧訓練……等)

轉介人員：

聯繫電話：

傳真：

*若逾三日未回覆，應主動進行追蹤。

回覆處理情形：請受轉介單位於接收轉介後三日內回覆

開案處理並提供後續服務：

開案日期： 年 月 日，主責社工： _____，聯繫電話： _____

轉介其他單位：

受理轉介單位： _____，負責人員： _____，聯繫電話： _____

不開案：負責人員： _____，聯繫電話： _____

其他： _____

社工員：

督導：