

花蓮縣老人及身心障礙家庭關懷訪視個案轉介單

受理單位		轉介日期	
通報單位		聯絡電話	
通報人姓名		通報人電話	
個案姓名		緊急連絡人/ 電話	
個案地址			
居家狀況	☐ 獨居 ☐ 準獨居， 共居者姓名：_____關係：_____狀況： ☐ 年邁 ☐ 殘障 ☐ 年幼 ☐ 非獨居		
健康狀況	一、身體狀態： 領有手冊或證明，類別為：_____ 等級為： ☐ 極重、 ☐ 重、 ☐ 中、 ☐ 輕 ☐ 患有疾病（請說明）：_____ 二、生活自理能力： ☐ 生活無法自理，需他人 24 小時照顧。 ☐ 部份生活需仰賴他人。 ☐ 生活自理能力佳。		
個案需求	☐ 身體照顧、家務環境協助需求 ☐ 生活輔具需求 ☐ 無障礙環境/居家防跌 ☐ 就醫需求 ☐ 精神疾病追蹤/治療 ☐ 扶養照顧（遺棄疏忽虐待等） ☐ 經濟/急難救助/物資需求 ☐ 其他：		簡要說明：
	轉介期待： ☐ 居家服務 ☐ 輔具服務 ☐ 環境修繕 ☐ 就醫服務 ☐ 精神醫療 ☐ 保護服務 ☐ 經濟補助/急難救助/物資提供 ☐ 其他：		
收案機構處理情形回覆：（本欄無需裁剪，請填妥後逕行回覆）			
☐ 已收案，辦理情形： ☐ 未收案，原因：			

承辦人核章：

主管核章：