

姓名：
身分證字號：
出生日期：

花蓮縣政府

出院準備轉介表

診斷：	入院日期：	預計出院日期：
-----	-------	---------

一、個案狀態

意識狀態	☐ 清醒 ☐ 躁動 ☐ 嗜睡 ☐ 呆滯 ☐ 半昏迷 ☐ 昏迷
呼吸狀況	☐ 自呼 ☐ 氣管內管 ☐ 氣切管 使用氧氣狀況： ☐ 鼻導管 ☐ 氧氣罩 ☐ T-piece ☐ 呼吸器
行動能力	☐ 自行活動 ☐ 自行使用輔具行動(輔具： ☐ 部分依賴他人協助活動 ☐ 完全依賴
皮膚完整性	☐ 完整 ☐ 不完整(部位：，大小：)
存留導管	☐ 氣切管 ☐ 鼻胃管 ☐ 導尿管 ☐ 其他(
傳染性疾病	☐ 肺結核 ☐ 愛滋病 ☐ 疥瘡 ☐ 其他(
社會福利 (請詳述)	☐ 申請身心障礙證明(第一次鑑定) ☐ 增加身心障礙障別、等級 ☐ 申請醫療補助或津貼項目(☐ 已申請民間單位補助：
出院準備 規畫方向	☐ 返家、門診追蹤 ☐ 回社區連結長照服務 ☐ 護理之家 ☐ 養護、長照機構 ☐ 慢性病房 ☐ 呼吸治療病房 ☐ 其他：

二、依據身心障礙者權益保障法第23條規定，若個案有相關服務需求者，請填寫其協助狀況

長期照顧 (居家照護)	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例1:案主中度失能，已轉介長照中心評估完成，並已聯繫居服單位盡速於出院後提供服務。 範例2:案主目前無居住處所，重度失能全日臥床，有○○管路留置，亦無親屬照料，評估有機構安置需求，暫無須轉介長照服務。
復健治療	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例1:案主因○○狀況，經評估有復健需求，已於○○日期轉介居家/門診/中期照顧等復健資源介入，但案家屬表達自負額支付困難，已經同步連結○○經濟資源提供協助。 範例2:案主預計使用機構式照顧服務，將告知機構案主現況及復健需求，請機構協助安排復健服務。

社區醫療資源 轉介服務	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例1:案主因○○狀況，經評估有醫療需求，已於○○日期轉介社區醫療健資源（如居家安寧、身心科醫師巡診等），服務單位聯絡方式:○○○○○。 範例2:案主預計使用機構式照顧服務，將告知機構案主現況及醫療需求，請機構協助安排醫療服務。
居家環境改善	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例1:案主下肢無力，家中未有無障礙環境及設施，已於○○日期轉介輔具中心提供居家無障礙環境改善評估。 範例2:案主預計使用機構式照顧服務，暫無居家環境改善需求。
輔具評估 及使用	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例1:已轉介輔具中心媒合輪椅及抽痰機租借服務。 範例2:案主有購買○○輔具需求，在院內已協助完成評估及送出申請案。
轉銜服務	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例1:案主因○○健康及親屬支持○○情形，經評需使用全日機構安置服務，已於○○日期協助案家提出身障住宿式照顧(請檢視是否需申覆需求評估核給住宿式照顧服務項目)/老人公費安置申請，體檢已完成，媒合機構情形說明等。 範例2:案主預計使用機構式照顧服務，但礙於障別等級致身障住宿式補助費用偏低，已協助於○○日期完成身障鑑定，已協助申覆住宿式照顧費用補助。
生活重建服務	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例:個案因中途致障，無法調適，已於○○日期轉介生活重建服務。
心理諮商服務	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例:個案因○○等情緒及身心症狀問題，已於○○日期轉介心理重建服務。
其他	☐ 無需求 ☐ 有需求，辦理情形→ 範例:醫療看護費等經濟協助、法定傳染疾病治療控管情形、申辦重大傷病卡

轉介醫院：

轉介個管師：

轉介社工員(師)：

填表日期： 年 月 日

聯繫電話：

【填畢後，請傳真03-8234990 花蓮縣政府社會處社會福利科 收執憑辦】