

心智障礙者性健康輔導支持服務 申請表

序號：

傳真：

申請人姓名：

單位名稱：

電話：

申請人身分：☐衛政人員☐教育人員☐公家社政人員☐里長☐里幹事☐勞政人員☐警消人員☐戶政人員☐親友☐民間社福人員☐本中心社工員☐自行求助☐其他：

填表人：

填表日期：

受理申請日期：

(由受理單位填寫)

服務使用者基本資料

姓名		性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他	出生日期	年 月 日
身分證字號		聯絡電話			
聯絡人		關係		聯絡電話	
戶籍地址					
居住地址					
障礙類別	☐ 新制(代碼)：ICF 編碼【 】/ICD 診斷【 】 ☐ 第一類： ☐ 智能障礙(06) ☐ 植物人(09) ☐ 失智症(10) ☐ 自閉症(11) ☐ 慢性精神病(12) ☐ 頑性癲癇(14) ☐ 第二類： ☐ 視覺障礙(01) ☐ 聽覺機能障礙(02) ☐ 平衡機能障礙(03) ☐ 第三類： ☐ 聲音機能或語言機能障礙者(04) ☐ 第四類： ☐ 重要器官失去功能者-心臟(07) ☐ 重要器官失去功能者-造血機能(07) ☐ 重要器官失去功能者-呼吸器官(07) ☐ 第五類： ☐ 重要器官失去功能者-吞嚥機能(07) ☐ 重要器官失去功能者-胃(07) ☐ 重要器官失去功能者-腸道(07) ☐ 重要器官失去功能者-肝臟(07) ☐ 第六類： ☐ 重要器官失去功能者-腎臟(07) ☐ 重要器官失去功能者-膀胱(07) ☐ 第七類： ☐ 肢體障礙者(05) ☐ 第八類： ☐ 顏面損傷者(08) ☐ 其他： ☐ 多重障礙者(13) ☐ 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者(15) ☐ 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染異、先天代謝異常、先天缺陷）(16) 備註：本服務以第一類/心智障礙類別服務對象為主				
障礙等級	☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度				
福利身份	☐ 中低收入戶 ☐ 低收入戶款 ☐ 榮民 ☐ 原住民 ☐ 其他 ☐ 無				
需協助項目	☐ 個別諮商 ☐ 性健康支持團體 ☐ 主要照顧者性健康講座 ☐ 其他：				
服務使用者概況	壹、服務使用者概況： 貳、家庭概況： 參、申請單位性健康支持需求評估：				

		肆、申請單位目前提供之服務： 伍、訪視時注意事項：
備註	填妥本單後，請傳真或 E-mail： 電話：06-2725572、2725579 E-mail： luway062@gmail.com 、luway066@gmail.com	