

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 新制(代碼)：ICF 編碼【 】/ICD 診斷【 】 <input type="checkbox"/> 第一類： <input type="checkbox"/> 智能障礙(06) <input type="checkbox"/> 植物人(09) <input type="checkbox"/> 失智症(10) <input type="checkbox"/> 自閉症(11) <input type="checkbox"/> 慢性精神病(12) <input type="checkbox"/> 頑性癲癇(14) <input type="checkbox"/> 第二類： <input type="checkbox"/> 視覺障礙(01) <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙(02) <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙(03) <input type="checkbox"/> 第三類： <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙者(04) <input type="checkbox"/> 第四類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-心臟(07) <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-造血機能(07) <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-呼吸器官(07) <input type="checkbox"/> 第五類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-吞嚥機能(07) <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-胃(07) <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-腸道(07) <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-肝臟(07) <input type="checkbox"/> 第六類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-腎臟(07) <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-膀胱(07) <input type="checkbox"/> 第七類： <input type="checkbox"/> 肢體障礙者(05) <input type="checkbox"/> 第八類： <input type="checkbox"/> 顏面損傷者(08) <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 多重障礙者(13) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
	福利身份	<input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶款 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 無				
	需協助項目	<input type="checkbox"/> 個別諮商 <input type="checkbox"/> 性健康支持團體 <input type="checkbox"/> 主要照顧者性健康講座 <input type="checkbox"/> 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：				

		<p>肆、申請單位目前提供之服務：</p> <p>伍、訪視時注意事項：</p>
備註		<p>填妥本單後，請傳真或 E-mail： 電話：06-243-6970 分機 112、113 E-mail：luway062@gmail.com、luway066@gmail.com 傳真：06-243-6909</p>