臺南市____身心障礙者服務中心轉介單

序號：_____

轉介人身分：□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：_____ 受理轉介日期：_____(由受理轉介社工填寫)

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)□(03)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) □疑似 □重大傷病：□有：_____ □無				
	障礙等級	□極重度 □重度 □中度 □輕度				
	補助/津貼	□中低收入戶 □低收入戶____款 □榮民 □原住民 □其他_____ □無				
	需協助項目	□醫療及復健 □輔具服務 □學校教育 □就業服務 □個人照顧服務 □權益爭取與倡導服務 □家庭照顧者服務 □居住服務 □安全服務 □社會參與服務 □經濟協助 □其他：_____				
	服務使用者概況	◎醫療單位轉介者，依身權法第 23 條檢附出院準備計畫 壹、服務使用者概況： 貳、家庭概況： 參、轉介單位需求評估： 肆、已提供之服務： 伍、訪視時注意事項：				

<table>
<tr><td>轉介目的</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">轉出單位資料</td></tr>
<tr><td rowspan="4">轉出單位</td><td rowspan="4"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>傳真電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>轉介人/社工
（請核章或簽名）</td><td></td><td>督導</td><td></td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="5">填妥本單後，請傳真或E-mail：
東豐身服中心電話：06-2003915 傳真：06-2362613 E-mail：eden2003915@gmail.com
新營身服中心電話：06-6320791 傳真：06-6320792 E-mail：6320791@gmail.com
永康身服中心電話：06-2436970 傳真：06-2436909 E-mail：luway.cms@msa.hinet.net
安南身服中心電話：06-2470106 傳真：06-2473029 E-mail：annan1130701@gmail.com
安平身服中心電話：06-2089131 傳真：06-2087672 E-mail：beunen_anping@beunen.org.tw
麻豆身服中心電話：06-5721113 傳真：06-5721112 E-mail：linch.tld2024@gmail.com</td></tr>
</table>