

臺南市身心障礙者服務中心通報單

序號：_____

傳真：_____

通報人姓名：_____ 單位名稱：_____

電話：_____

通報人身分：☐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：_____ 受理通報日期：_____（由受理通報社工填寫）

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) ☐ 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	◎醫療單位通報者，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、通報單位需求評估： 肆、已提供之服務：				

		伍、訪視時注意事項：
通報目的		
備註	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	