

臺南市善化區資源媒合暨需求評估表

編號

填表單位填寫	填表單位	填表日期	填表單位	計畫名稱	醫事機構代碼	填表人	
	電話			電子信箱			
個案資料	姓名			性別		年齡	
	電話			地址			
	居住狀況	<input type="checkbox"/> 1. 與家人同住 <input type="checkbox"/> 2. 獨居 <input type="checkbox"/> 3. 住長照機構 <input type="checkbox"/> 4. 其他_____		身分別	<input type="checkbox"/> 1. 一般 <input type="checkbox"/> 2. 低收入 <input type="checkbox"/> 3. 中低收入 <input type="checkbox"/> 4. 其他_____	個案資源連結意願 _____區	
問題概述							
目前單位已提供的協助							
預期媒合社區資源面向 <input type="checkbox"/> 1. 運動 <input type="checkbox"/> 2. 居家安全與防跌 <input type="checkbox"/> 3. 高齡營養 <input type="checkbox"/> 4. 失智及高齡友善 <input type="checkbox"/> 5. 慢性疾病管理 <input type="checkbox"/> 6. 醫療保健 <input type="checkbox"/> 7. 交通 <input type="checkbox"/> 8. 社會參與 <input type="checkbox"/> 9. 福利補助及資源 <input type="checkbox"/> 10. 個人資源							
媒合單位填寫	資源媒合	面向編號	單位名稱	服務內容			
追蹤單位填寫	追蹤日期		追蹤結果			說明 (必填)	
	(一周內追蹤)		面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他				
	年 月 日			面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他			
				面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他			
				面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他			
				面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他			
	(媒合但未使用三個月內續追蹤)		面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他				
	年 月 日			面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他			
		面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他					
		面向編號___ : <input type="checkbox"/> 已媒合且使用 <input type="checkbox"/> 媒合但未使用 <input type="checkbox"/> 其他					

臺南市政府衛生局 關心您

由衛生福利部長照服務發展基金支應 廣告