**臺南市善化區資源媒合暨需求評估表**

**媒合單位填寫**

**填表單位填寫**

**追蹤單位填寫**

編號

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | □1.與家人同住  □2.獨居  □3.住長照機構  □4.其他\_\_\_\_\_\_ | | | 身分別 | □1.一般  □2.低收入  □3.中低收入□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** | □1.運動 □2.居家安全與防跌 □3.高齡營養 □4.失智及高齡友善  □5.慢性疾病管理 □6.醫療保健 □7.交通 □8.社會參與  □9.福利補助及資源□10.個人資源 | | | | | | | | | |
| **資源媒合** | 面向  編號 | 單位名稱 | | | 服務內容 | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **追蹤日期** | 追蹤結果 | 說明（必填） |
| *（一周內追蹤）*    **年**  **月 日** | 面向編號\_\_\_：□已媒合且使用 □媒合但未使用 □其他 |  |
| 面向編號\_\_\_：□已媒合且使用 □媒合但未使用 □其他 |  |
| 面向編號\_\_\_：□已媒合且使用 □媒合但未使用 □其他 |  |
| 面向編號\_\_\_：□已媒合且使用 □媒合但未使用 □其他 |  |
| *（媒合但未使用*  *三個月內續追蹤）*  **年**  **月 日** | 面向編號\_\_\_：□已媒合且使用 □媒合但未使用 □其他 |  |
| 面向編號\_\_\_：□已媒合且使用 □媒合但未使用 □其他 |  |
| 面向編號\_\_\_：□已媒合且使用 □媒合但未使用 □其他 |  |
| 面向編號\_\_\_：□已媒合且使用 □媒合但未使用 □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