

臺南市身心障礙者通報、生涯轉銜暨個案管理服務中心

服務通報單

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	<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) <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 重大傷病： <input type="checkbox"/> 有：_____ <input type="checkbox"/> 無				
	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				
	補助/津貼	<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"/> 醫療及復健 <input type="checkbox"/> 輔具服務 <input type="checkbox"/> 學校教育 <input type="checkbox"/> 就業服務 <input type="checkbox"/> 個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 權益爭取與倡導服務 <input type="checkbox"/> 家庭照顧者服務 <input type="checkbox"/> 居住服務 <input type="checkbox"/> 安全服務 <input type="checkbox"/> 社會參與服務 <input type="checkbox"/> 經濟協助 <input type="checkbox"/> 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： 永華區個管中心電話：06-2003915 傳真：06-2362613 E-mail：eden2003915@gmail.com 溪北區個管中心電話：06-6320791 傳真：06-6320792 E-mail：6320791@gmail.com 溪南區個管中心電話：06-5890915 傳真：06-5999249 E-mail：luway.cms@msa.hinet.net