

113年「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升計畫」

服務機構申請書

服務機構 名稱	醫事 機構 代碼	1. 預計服務個案數	____人
		2. 衛生所委外計畫人數 (無承接委外計畫不用填寫)	____人
		上述 1. + 2. 合計 (不低於112年執行數)	____人
地址			
負責人	簽章	服務機構蓋章	
本機構 服務內容 (可複選)	<input type="checkbox"/> 長者功能評估 <input type="checkbox"/> 認知訓練(刺激) <input type="checkbox"/> 運動介入 <input type="checkbox"/> 營養介入 <input type="checkbox"/> 視力照護 <input type="checkbox"/> 聽力照護 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 長者社交活動/社會參與 <input type="checkbox"/> 多重用藥檢視 <input type="checkbox"/> 其他_____		
可提供服務之 專業醫事人員 (基本人數即可)	1. 各類別人數: 醫師:____名、護理師:____名、藥師:____名、營養師:____名、 聽力師:____名、物理治療師:____名、職能治療師:____名、驗光師:____名、 驗光生:____名、物理治療生:____名、職能治療生:____名、其他:_____ 2. 總數:____名		
建立獎勵機制 回饋服務人員	如:服務費之所得中規劃 <u>至少百分之三十</u> 回饋至該個別人員之機制。		
轉介 合作單位	<input type="checkbox"/> 請列出轉介合作單位之名稱:		
	轉介合作單位名稱	介入活動/項目	
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____	
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____	
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____	
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____	
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	<input type="checkbox"/> 沒有特別轉介合作單位		

(如表格篇幅不足，請自行增列)