高雄市衛生局「社區居住方案」轉介表

一、基本資料：

申請人姓名		性別	□男 □女
聯絡電話		出生年月	
身分	□低收 □中低收 □一般身分 □直系血親無力照顧	精照等級	□1 級 □2 級 □3 級 □4 級 □5 級
是否有心衛社工	□有 □無	最近出院日期	
曾有強制住院	□有 □無	曾有強制社區治療	□有 □無

二、轉銜/介資料：(轉銜/介日期： 年 月 日)

資料來源	□1. 高雄市政府衛生局 □2. 案(主)家提出申請 □3. 社政單位轉介 □4. 社福機構轉介 □5. 醫療單位轉介 □6. 學校轉介 □7. 其他：		
轉銜/介單位		轉銜/介人員	

三、服務評估資料：(填寫日期： 年 月 日)

服務對象：須 01~06 符合		
01	年齡 20 歲以上，60 歲以下	□符合 □不符合
02	領有第一類身心障礙證明或重大傷病卡	□符合 □不符合
03	穩定接受精神科治療 3 個月	□符合 □不符合
04	最近半年無自傷傷人疑慮者	□符合 □不符合
05	身體健康無罹患傳染病酗酒或藥物濫用	□符合 □不符合
06	日常生活能自理、有復健動機、能力，能遵守生活公約	□符合 □不符合
開案指標		
01	低收入戶、中低收入戶或直系血親無力照顧者優先	□符合 □不符合
02	家庭關係不佳，須與家人有緩衝空間者	□符合 □不符合
03	自己或家人具積極想培養康復者自主能力者	□符合 □不符合
04	家人無法或已放棄與之共住者	□符合 □不符合
05	特殊狀況需要此資源：	
評估說明及結果（本欄由本計畫人員填寫）		
□開案 □不開案 □轉介相關資源 □其他：		