高雄市長期照顧服務轉介單

轉介日期：_____年____月____日

轉出單位	轉介單位					
	單位類型	□1.失智共照中心 □2.照管中心_____分區 □3.A單位 □4.失智社區服務據點 □5.C級巷弄長照站/關懷據點/文健站 □6.其他：_____。				
	填表人		聯絡電話		傳真電話	
	email					
個案基本資料	姓名		身份證字號		生　　日	
	性別	□男 □女	聯絡電話		居住狀態	□獨居 □同住家屬
	居住地址	高雄市　　區　　里　　街/路　　巷　　弄　　號　　樓				
	主要照顧者		聯絡電話		與個案關係	
認知功能(疑似個案無須填寫)			MMSE		CDR	
個案（或主要照顧者）是否同意轉介至其他服務單位接受服務			□是，　　個案或主要照顧者簽名：			
個案需求摘要						
轉介/照會服務		□1.失智共照中心 □2.照管中心_____分區 □3.A單位 □4.失智社區服務據點 □5.C級巷弄長照站/關懷據點/文健站 □6.其他：_____。				
照會服務		□1.確診服務 □2.失智症個案評估 □3.課程介紹服務 □4.家屬支持(關懷) □5.預防及延緩失能計畫 □6.居家安寧 □7.長照服務1966 □8.其他：_____。				

↑以上由轉介單位填寫後，照會服務單位並請接（收）案單位回傳確認接收到轉介單↓。
↓以下由接（收）案單位填寫後整張回傳轉介單位，感謝您的回覆↓。

接（收）案單位	單位名稱： 單位類型：□共照中心 □照管中心 □A單位 □其他_____ □失智據點 □C級巷弄長照站/關懷據點/文健站 聯絡窗口：　　聯絡電話： 章 *本單位已收到您的轉介資料，並於　年　月　日確認，將於收案後回復您後續處理結果*

****接（收）案單位填寫，追蹤處理/結果表，接續背面****

一、失智據點、C級巷弄長照站、關懷據點、文健站

□1.個案_____於　年　月　日收案，並於　年　月　日接受據點服務。

□2.個案未接受服務，原因:_____

二、共照中心、照管中心、A單位

□1.個案於_____於　年　月　日收案。　□2.個案未接受服務，原因_____

□3.由_____分區照管中心，針對上開個案之主要照顧者進行CMS-J照顧評估量表評估，

並於　年　月　日電訪後，評估結果□符合、□不符合。

評 估 者_____（蓋章）、審查督導_____（蓋章）。