



## 養護服務申請書

申請人：\_\_\_\_\_

申請日期： 年 月 日

個案 基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日 歲
	血型		身份證 字號		國籍/籍貫	
	市內電話		行動 電話		溝通語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手勢 <input type="checkbox"/> 圖片
	教育	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士以上	宗教	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 回教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	社會保險	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 公保
	子女	男 人 女 人	家庭 狀況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 輪住 <input type="checkbox"/> 固定居住	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚
	先前職業		入住前 居住處	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 醫院：_____醫院_____房 <input type="checkbox"/> 機構：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____		
通訊住址						
長者疾病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 脊髓損傷 <input type="checkbox"/> 腦部損傷 <input type="checkbox"/> 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 其他					
日常 生活狀況 (請勾選)	進食	沐浴	如廁	穿衣	移位	
	<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 須他人協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴	<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 須他人協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴	<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 須他人協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴	<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 須他人協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴	<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 須他人協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴	<input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 須他人協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴
護理需求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 洗腎 <input type="checkbox"/> 胰島素注射 <input type="checkbox"/> 傷口護理 <input type="checkbox"/> 間歇導尿 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 其他_____					
身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 中低收入 <input type="checkbox"/> 低收入 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 榮眷 <input type="checkbox"/> 原住民					
使用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 其他_____					
家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 癌症_____ <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 脊髓損傷 <input type="checkbox"/> 腦部損傷 <input type="checkbox"/> 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 其他					
住院/手術 經歷	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 住院時間：_____年_____月_____日，住院原因_____ <input type="checkbox"/> 3. 手術時間：_____年_____月_____日，手術名稱_____					
過敏史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 藥物過敏：_____ <input type="checkbox"/> 食物過敏：_____)					
身障證明/ 重大傷病卡	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 身障證明，障礙類別：第_____類 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 鑑定日期：_____年_____月_____日，有效期限：_____年_____月_____日， <input type="checkbox"/> 永久 <input type="checkbox"/> 3. 重大傷病卡，病名：_____ 鑑定日期：_____年_____月_____日，有效日期：_____年_____月_____日， <input type="checkbox"/> 永久					
申請房型	<input type="checkbox"/> 單人房 <input type="checkbox"/> 雙人房					
親屬資料	姓 名	關係 (例：長子)	聯絡方式		家庭角色	
主要連絡人			家電： 行動：		<input type="checkbox"/> 聯繫者 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
次要連絡人			家電： 行動：		<input type="checkbox"/> 聯繫者 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 其他：_____	

工作人員請翻背面