財團法人台南市私立林澄輝社會福利慈善事業基金會附設
臺南市私立璐德老人長期照顧中心(養護型)　113.11.11 修訂

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	□男 □女	出生日期	年 月 日 歲
	血型		身份證字號		國籍	
	市內電話		行動電話		溝通語言	□國語□台語□客語 □筆談□手勢□圖片
	教育	□不識字□識字□國小 □初中□高中職□專科 □大學□碩士以上	宗 教	□無 □基督教 □道教 □天主教 □佛教 □回教 □其他：＿＿＿	社會保險	□健保□勞保□漁保 □農保□福保□公保
	子女	男　　人 女　　人	家庭狀況	□獨居 □輪住 □固定居住	婚姻	□已婚□未婚□喪偶 □分居□同居□離婚
	先前職業		入住前居住處	□自宅 □醫院：＿＿＿醫院＿＿房 □機構：＿＿＿＿ □其他：＿＿＿＿		
通訊住址						
長者疾病史	□無 □癌症＿＿＿ □心血管疾病 □糖尿病 □高血壓 □肺部疾病 □癲癇 □肝臟疾病 □精神疾病 □脊隨損傷 □腦部損傷 □帕金森氏症 □失智 □腦血管疾病 □其他＿＿＿					

日常生活狀況(請勾選)	進食	沐浴	如廁	穿衣	移位
	□完全自理 □須他人協助 □完全依賴	□完全自理 □須他人協助 □完全依賴	□完全自理 □須他人協助 □完全依賴	□完全自理 □須他人協助 □完全依賴	□完全自理 □須他人協助 □完全依賴

護理需求	□無 □洗腎 □胰島素注射 □傷口護理 □間歇導尿 □鼻胃管 □導尿管 □其他＿＿＿
身分別	□一般 □中低收戶 □低收戶 □榮民 □榮眷 □原住民
使用輔具	□無 □拐杖 □助行器 □輪椅 □臥床 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿
家族病史	□無 □癌症＿＿＿ □心血管疾病 □糖尿病 □高血壓 □肺部疾病 □癲癇 □肝臟疾病 □精神疾病 □脊隨損傷 □腦部損傷 □帕金森氏症 □失智 □腦血管疾病 □其他＿＿＿
住院/手術經歷	□1. 無 □2. 住院時間：＿＿年＿＿月＿＿日，住院原因＿＿＿＿＿＿＿＿ □3. 手術時間：＿＿年＿＿月＿＿日，手術名稱＿＿＿＿＿＿＿＿
過敏史	□無 □有（□藥物過敏：＿＿＿＿ □食物過敏：＿＿＿＿）
身障證明/重大傷病卡	□1. 無 □2. 身障證明，障礙類別：第＿＿類 障礙等級：□輕度□中度□重度□極重度 鑑定日期：＿＿年＿＿月＿＿日，有效期限：＿＿年＿＿月＿＿日，□永久 □3. 重大傷病卡，病名：＿＿＿＿＿＿ 鑑定日期：＿＿年＿＿月＿＿日，有效日期：＿＿年＿＿月＿＿日，□永久
申請房型	□單人房 □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：	□聯繫者 □照顧者 □其他：＿＿＿
次要連絡人			家電： 行動：	□聯繫者 □照顧者 □其他：＿＿＿

工作人員請翻背面