| 站名： 文化健康站 | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 案號 | 姓名 | 出生年月日 | 性別 | 電話 | 族別 | 身障手冊 | 評估等級 | 本次照顧計畫  區間 | 罹患之  慢性病 | 建議使用項目 | 縣府審核 | 備註 |
| 1 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 2 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 3 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 4 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 5 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 6 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 7 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 8 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 9 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |
| 10 |  |  |  | □男  □女 |  |  | □有， 度  □無 | CMS 級 | 年 月 日  至  年 月 日 |  | □類家托服務  □簡易居家服務  □交通接送服務  □其他 |  |  |

註：黑粗框由照管專員填寫

(表格不敷使用，請自行增列)

服務對象(應符合其一)，及檢附資料說明：

1. CMS 2~3輕度失能，請由照管專員評估過後，填寫等級並由照管專員簽章。
2. 身心障礙中度以下，請檢附長者未到期身心障礙手冊影本。
3. 獨居長者，請檢附由相關單位、村(里)長之證明或戶口名簿影本。

建議使用項目說明：

1. 類家托服務：身體照顧、日常生活陪伴及安全看視、備餐服務、協助服藥。
2. 簡易居家服務：送餐服務、居家備餐、代購或代領或代送、肢體關節活動、家務協助
3. 交通接送服務：接送長輩、散步活動、陪同就醫
4. 其他：轉介社福單位、長照諮詢、協助申請長照服務、跨專業資源連結