

115 年度機構自行開案轉介單/第 3 類轉介單 *為必填

*身分證字號		*姓名	
*連絡電話		*訪視地址	
*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日, 歲
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職/專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳		
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="checkbox"/> 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 <input type="checkbox"/> 無法告知，原因：_____ 機構須向服務對象說明本計畫服務內容與流程，並取得簽署服務同意書後，方可收案並提供後續追蹤服務；若個案於非於本計畫機構就醫，須由醫療機構通報衛生局進行訪視評估，並取得簽署服務同意書。		
*已告知主要照顧者或具特別密切關係之人註 1 (可協助訪視事宜者)	姓名: _____ /關係 _____ 電話: _____ 是否同住: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
個案疾病診斷 <small>*請參閱代碼對照表</small>	主診斷: _____ 次診斷: _____		
*主要問題內容	<input type="checkbox"/> 1.暴力攻擊: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 暴力攻擊之虞) <input type="checkbox"/> 2.社區干擾/破壞: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞) <input type="checkbox"/> 3.因無接受治療而造成無法自我照顧 (請描述): _____ <input type="checkbox"/> 4.其他 (請描述): _____		
*來院摘要			
*轉介日期	西元 年 月 日	*轉介人	

註 1：參考《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》第 2 條之主要照顧者、本法第 34 條第 2 項之保護人及《醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則》第 3 條第 1 項第 2 款之病人關係人之定義，包括配偶、父母、家屬、直系姻親、共同生活之同居人，或對服務對象負有保護或主要照顧責任之人。實務上可由收案單位依個案情形綜合判斷認定。

註 2：門診或急診病人若為符合轉介類型之個案，請醫師填寫轉介單。