



財團法人罕見疾病基金會  
北區到宅關懷服務轉介單

姓名：	生日：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診斷：(中文) (英文)	障別/等級：	
病友教育程度：	職業：	低收入戶： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
主要聯絡人：	與病友關係：	電話：
行走能力： <input type="checkbox"/> 獨立 <input type="checkbox"/> 須監督 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 無行走能力		
語言能力： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 可理解/表達簡單的句子 <input type="checkbox"/> 可理解/表達零碎字詞 <input type="checkbox"/> 無理解/口語表達能力		
日常生活自理能力： <input type="checkbox"/> 獨立 <input type="checkbox"/> 須監督 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 完全依賴		
目前是否使用輔具： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 項目：		
個案能力與障礙狀況說明：		
對到宅關懷服務的主要需求： <input type="checkbox"/> 到宅復健指導：物理、職能、語言治療 <input type="checkbox"/> 到宅心理支持 <input type="checkbox"/> 同儕志工關懷 <input type="checkbox"/> 醫療諮詢服務：營養、輔具、遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 其他，說明：		

轉介單位：

連絡電話：

轉介人員：

職稱：

日期：