



財團法人罕見疾病基金會 北區到宅關懷服務報名簡章

本會為了提升罕病病友居家生活品質及降低照顧者照護壓力，提供免費到宅關懷服務。由復健專業人員（物理、職能、語言治療師），採用個別化的方式，針對病友及家屬提供適切的復健指導與輔具和無障礙空間建議，期待改善身體不適，減緩身體功能退化，促進生活獨立。我們傾聽您的需求，只需填寫申請表，傳真或者郵寄回本會，我們將盡快與您聯繫！

- ★服務對象： 居住於基隆市、台北市、新北市、桃園市、新竹縣市之本會病友，因人力、交通等限制不便外出復健者優先。
- ★服務方式： 經本會訪視評估了解實際需求之後，由治療師至家中指導照顧者復健知能，每案提供 6~8 次服務或依治療師評估而定。
- ★洽詢專線： (02)2521-0717 分機 152 醫療服務組 林苑廷專員
傳真電話： (02)2567-3560 E-mail : ms16@tfrd.org.tw
地址： 10450 台北市中山區長春路 20 號 6 樓

病友姓名		疾病名稱	
申請人姓名	<input type="checkbox"/> 病友本身 <input type="checkbox"/> 家屬，與病友關係_____		
聯絡電話	(住家)	(手機)	
住家地址			
就醫資訊	_____醫院/ _____科別/ _____醫師		
病友資料 年齡：_____		主要照顧者資料 年齡：_____	
使用輔具： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____		職業：_____	
語言： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 輕度溝通障礙 <input type="checkbox"/> 無溝通能力		與病友關係：_____	
行走： <input type="checkbox"/> 獨立 <input type="checkbox"/> 協助下可完成 <input type="checkbox"/> 無行走能力		雇請外傭： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
預約時段： 星期_____， <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午。 ★請至少填寫兩個時段，以利安排訪視。			
需求項目： <input type="checkbox"/> 復健技巧指導(<input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 語言) <input type="checkbox"/> 無障礙環境改善建議 <input type="checkbox"/> 輔具建議與訓練			
對到宅復健的期待：			
			
轉介緣由及建議：(本欄由基金會工作人員填寫)			
轉介人員：		日期： 年 月 日	