



107 年中區罕病到宅復健指導服務

報名簡章



親愛的罕病朋友：

您是否因為醫療資源不足而放棄復健?或因為外出不便而無法繼續復健?基金會看到大家的需求，也清楚復健治療對於病友生命及生活品質改善的重要性，因此結合專業在宅服務團隊（物理、職能、語言及呼吸治療師），針對**身體功能障礙需要復健之病友**，提供到宅復健服務，讓有需求之病友能透過復健團隊的探訪服務獲得居家輔具建議並獲得正確復健資訊後於家中進行復健活動，更期望透過復健師到宅實際協助復健，能達到社會功能重建及提升照護與生活品質。機會難得，有需要的朋友們請趕快報名喔!!



提供您所需要的復健指導、實際協助復健、無障礙環境改善建議及輔具資訊

※對象：台中、彰化地區之罕見疾病病友，不分病類及年齡，有復健需求者。
(因人力、交通等限制**無法外出者或未申請過者為優先**)

※服務方式：每位病友提供十次免費到宅指導復健執行及服務。

※服務內容：經本會工作人員評估後，轉介治療師進行居家復建指導、無障礙改善或輔具建議及實際協助復建。

※報名方式：

1、填妥報名表寄回或傳真至本會中部辦事處並來電確認。

2、地址：404 台中市北區進化北路 238 號 7 樓之 5。

(財團法人罕見疾病基金會收)

3、聯絡電話：04-2236-3595 轉 13(郭珊珊遺傳諮詢員)

4、傳真:04-2236-9853



107 年中區罕病到宅復健指導服務

報名簡章



病友姓名：_____ 生日：_____

疾病名稱：_____ 性別：男 女

地址：_____

聯絡人：_____ 關係：_____ 電話：_____

目前就醫醫院/科別/醫師：_____

病友能力概述：_____

曾接受之復健治療：職能 物理 語言 呼吸治療 未曾復健

目前使用輔具及相關訓練：_____

希望時段：_____； 上午 下午

(假日暫不提供服務，如週間有困難仍需配合治療師時間調整)

復健目標期待：_____

1. 請填妥報名表寄回或傳真 04-2236-9853 至本會中部辦事處並來電確認。
2. 若對表格內容填寫有疑問，可電洽郭珊珊 04-2236-3595*13 或先填寫基本資料，其餘未填部分本會將電訪確認，謝謝。