

115 年度臺中市

弱勢家庭暨獨居老人藥事及全人健康照護計畫轉介單

轉介單位：衛生局長期照顧管理中心 醫療院所：

衛生所：_____區 其他：

轉介日期：_____年 _____月 _____日

轉介者：_____電話：_____傳真：_____電子信箱：_____

基本資料	個案姓名		出生年月日	_____年 _____月 _____日(實歲 歲)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	緊急聯絡人		電話	_____	關係	_____
	身分證字號		備註			
	設籍及實際居住地	設籍： <u>臺中市</u> _____區 居住地： <input type="checkbox"/> 同設籍地 <input type="checkbox"/> <u>臺中市</u> _____區				
	轉介條件	<p>第一類 罹患有 2 種以上慢性病且符合下列之 1 者：</p> <p><input type="checkbox"/>1.獨居老人<input type="checkbox"/>2.身心障礙者<input type="checkbox"/>3.身心障礙雙重老化家庭<input type="checkbox"/>4.重大傷病者</p> <p><input type="checkbox"/>5.單親家庭之家長<input type="checkbox"/>6.新住民<input type="checkbox"/>7.原住民<input type="checkbox"/>8.中低收入戶老人</p> <p>第二類 <input type="checkbox"/>規律使用 5 種藥劑以上或一天使用 12 顆以上處方劑量之老人</p> <p>第三類 <input type="checkbox"/>高關懷群用藥（需審查小組或轉介單位通過）</p> <p>備註：</p> <p>1. 精神病及肺結核病患已有專案服務、長期照顧機構住民、同時接受其他藥事計畫照護不予照護補助。</p> <p>2. 上述所稱老人，指年滿 65 歲以上之人。</p>				
	個案用藥原因	<p><input type="checkbox"/>高血壓 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血脂 <input type="checkbox"/>心臟病 <input type="checkbox"/>退化性關節炎</p> <p><input type="checkbox"/>失眠症 <input type="checkbox"/>胃腸疾病 <input type="checkbox"/>其他：</p>				
	就醫單位	<p><input type="checkbox"/>診所：_____ <input type="checkbox"/>醫院：</p>				

個案處理回復：

接案結果：提供居家訪視藥事照護服務

無法提供服務，原因：

接案藥事人員：_____日期：_____年_____月_____日

填寫完畢請將此表正反面寄至食安處承辦人吳小姐信箱：m01168@taichung.gov.tw