

高雄市身心障礙者服務中心服務轉介表(CM-009)

編號：

轉介日期： 年 月 日

轉出單位資料					
轉出單位	聯絡人				
	聯絡電話				
	傳真電話				
	E-mail				
	通報人員		主管		
服務使用者基本資料					
服務使用者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日 ____歲
戶籍地址				身分證字號	
通訊住址				電話/手機	
聯絡人		關係		電話/手機	
障礙類別	<input type="checkbox"/> 舊制： <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 聲音及語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙（ <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢） <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇 <input type="checkbox"/> 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 慢性精神疾病 <input type="checkbox"/> 重 器障_____ <input type="checkbox"/> 多重障礙：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
	<input type="checkbox"/> 新制(代碼)：ICF 編碼【                      】/ICD 診斷【                      】 <input type="checkbox"/> 第一類：神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 第二類：眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 第三類：涉及聲音與言語構造其功能 <input type="checkbox"/> 第四類：循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第五類：消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第六類：泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第七類：神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第八類：皮膚與相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 其 他： <input type="checkbox"/> 多重障礙者 <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心 功能障礙者 <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者( <input type="checkbox"/> 染異 <input type="checkbox"/> 先 天代謝異常 <input type="checkbox"/> 先天缺陷)				
	未持身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明過期 <input type="checkbox"/> 身心障礙鑑定中				
障礙等級	<input type="checkbox"/> 1. 輕度 <input type="checkbox"/> 2. 中度 <input type="checkbox"/> 3. 重度 <input type="checkbox"/> 4. 極重度				
致障原因	<input type="checkbox"/> 1. 先天，說明：_____ <input type="checkbox"/> 2. 後天，說明：_____ <input type="checkbox"/> 3. 其他_____				
福利身份	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶：_____款 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 領有身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 4. 一般戶 <input type="checkbox"/> 5. 其他				
特殊身份	<input type="checkbox"/> 1. 原住民 <input type="checkbox"/> 2. 榮民、榮眷 <input type="checkbox"/> 3. 新住民，國籍_____ <input type="checkbox"/> 4. 其他_____				

教育程度	1. <input type="checkbox"/> 未接受教育 2. <input type="checkbox"/> 有接受教育： <input type="checkbox"/> 2.1 國小 <input type="checkbox"/> 2.2 國中 <input type="checkbox"/> 2.3 高中(職) <input type="checkbox"/> 2.4 專科/大學 <input type="checkbox"/> 2.5 研究所以上 說明：_____
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 租屋_____元/月 <input type="checkbox"/> 3. 醫療院所 <input type="checkbox"/> 4. 住宿機構( <input type="checkbox"/> 教養機構 <input type="checkbox"/> 長照機構 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 安養機構 <input type="checkbox"/> 精神復健機構) <input type="checkbox"/> 5. 職訓機構： <input type="checkbox"/> 6. 中途之家 <input type="checkbox"/> 7. 社區家園 <input type="checkbox"/> 8. 無固定住所 <input type="checkbox"/> 9. 親友家中 <input type="checkbox"/> 10. 宿舍(學校 /公司) <input type="checkbox"/> 11. 其他：(請說明)_____
服務使用者及其家庭狀況	【簡述服務使用者概況、服務使用者需特別注意之情況、已提供之服務等及家庭概況】
家系圖/生態圖	【繪製並描述家庭狀況如年齡、職業及目前資源使用狀況等】
服務需求項目	<input type="checkbox"/> 醫療及復健 <input type="checkbox"/> 輔具 <input type="checkbox"/> 學校教育 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 個人照顧 <input type="checkbox"/> 居家協助 <input type="checkbox"/> 經濟協助 <input type="checkbox"/> 家庭照顧者支持 <input type="checkbox"/> 安全 <input type="checkbox"/> 參與社會 <input type="checkbox"/> 權益爭取倡導 <input type="checkbox"/> 其他_____
問題/需求陳述	
轉介目的	【描述期待受轉介單位提供之服務】
轉介資料	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明(請附正反面影本) <input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 個案基本資料 <input type="checkbox"/> 相關評估資料：_____
	<input type="checkbox"/> 其他：_____

-----

**轉介回覆表(CM-010)**

1. 評估時間：已於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日進行評估。

2. 評估結果：

(1)開新個案 (2)已是處遇中個案 (3)非本轄區案件 (4)非本轄區案件，轉介其他縣市

(5)已有服務單位 (6)其他\_說明：

評估人員：\_\_\_\_\_

主管：\_\_\_\_\_

受轉介單位資料

受轉介單位	高雄市政府社會局無障礙之家	聯絡電話	07-8139022
		傳真電話	07-8136091
		E-mail	homew1@kcg.gov.tw