**財團法人雙福社會福利慈善事業基金會-獨老陪同就醫服務申請單**

114.03修

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 陪醫  編號 |  | | 申請  單位 |  | | | | 聯絡人  及電話 | | |  | | | 申請  日期 | |  |
| 通  報  資  料 | 案主  姓名 |  | | | 性  別 | □男  □女 | | | 出生  日期 | | |  | 身分證  字號 | |  | |
| 聯絡  電話 |  | | | | | 居住  地址 | | |  | | | | | | |
| 福利身分 | □榮民　□榮眷　□遺眷　□原住民(\_\_\_\_\_\_族)  □身心障礙者： 類 度　□新住民(國家\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  □無　　□其他： | | | | | | | | | | | | | | |
| 經濟條件 | □一般戶 □低收入戶　□中低收入戶　□中低收入老人生活津貼1.5倍 □中低收入老人生活津貼2.5倍 □身障生活補助 □其他： | | | | | | | | | | | | | | |
| 慣用語言 | □國語　□台語　□客語 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動狀況 | □具有行動能力 □具有部分行動能力 □需旁人協助攙扶 □需使用輔具 (單柺、四腳拐、輪椅、白手杖) □需要安全看視(失智症) | | | | | | | | | | | | | | |
| 輔具使用 | □助行器 □柺杖 □輪椅 □便盆椅 □義肢 □氣墊床 □助聽器  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住情形 | □獨居(□同住者均缺乏生活自理或照顧能力　□同住者無照顧義務)  □雙老 □非獨居 | | | | | | | | | | | | | | |
| 交通方式 | ○個案可自行安排 (□無障礙計程車 □復康巴士)  □需協助安排  □無障礙計程車 □一般計程車 □復康巴士 □其他＿＿＿＿＿＿ | | | | | | | | | | | | | | |
| 留置導管 | □無導管 □鼻胃管 □導尿管 □氣切 | | | | | | | | | | | | | | |
| **居家服務**  **＊** | □無使用居家服務  □有使用居家服務，居家單位名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  　服務時段(□週一□週二□週三□週四□週五□週六□週日)  　服務項目(代號/小時)\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| **目前健康狀況\*** | (可複選)  □高血壓 □心臟病 □糖尿病 □中風 □失智症 □睡眠障礙  □口腔護理\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □痛風 □氣喘 □洗腎 □攝護腺  □精神疾病\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □骨與關節疾病\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □泌尿道系統疾病  □癌症\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □眼部疾病\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| **其他條件\*** | □IADL失能者(□無法自行行走 □視力不佳 □其他　 )  □一個月內須就醫或診斷檢查  □其他資源(經濟或照護資源)無法及時介入協助者(長照居家服務資源等)  □醫療觀念缺乏(不理解症狀需就醫、不理解需掛號的科別  □就醫溝通有障礙(無法正確敘述病況、無法理解醫囑等) | | | | | | | | | | | | | | |
| 案主疾病及訴求摘要 | **疾病概述** | (請務必詳填) | | | | | | | | | | | | | | |
| **迫切需就診疾病\*** | □疑似失智症 □骨與關節疾病\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □眼部疾病\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □高血壓 □心臟病 □糖尿病 □腎臟疾病 □肺部疾病 □腸胃疾病  □肝臟疾病 □精神疾病 □癌症\_\_\_\_\_\_\_ □其他\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| **迫切需就診科別\*** | ○內科：□心血管內科 □呼吸胸腔科 □腎臟科 □肝膽腸胃科 □神經內科 □家醫科 □其他＿ ＿  ○外科：□泌尿科 □骨科 □一般外科 □腦神經外科 □其他＿＿＿  ○其他專科：□眼科 □牙科 □皮膚科 □精神科 □其他＿＿＿＿＿  ○其他需求：□疫苗接種 □健康檢查 □PCR檢查 □急診 □陪同住出院  □其他 ＿＿＿＿＿＿  ○未預約，需安排就診 | | | | | | | | | | | | | | |
| **陪診訴求\*** | □一般就診(門診/回診看報告) □陪同檢查 □陪同手術 □住出院協助  □其他＿＿＿＿ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 就診資訊 | 日期：　　　　　 　時間：  醫院：　　　　科別：  □尚未確定 | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下資料由雙福基金會填寫 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受理日期：　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 處  理  情  形 | □符合陪同就醫服務對象，開案提供服務。  □不符合陪同就醫服務對象，不予以開案服務。  □已轉介其他單位（單位名稱：　　　　　　　　　　　　　　　）  □其他：  承辦人：　　　　　　主管： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完成日期：　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**請申請單位詳細填寫後，掃描或拍照寄至財團法人雙福社會福利慈善事業基金會，並以電話確認是否完成受理。聯繫窗口：財團法人雙福社會福利慈善事業基金會，電話(03)455-8285，傳真：03-4558209**

**信箱：2021accomp@gmail.com**

**服務對象說明：**

|  |  |
| --- | --- |
| 獨居老人 | 一般老人(需全自費) |
| 1. 年滿65歲 2. 同住家屬缺乏生活自理或照顧能力 3. 同住者無照顧義務 4. 需有會診需求(不含復健、洗腎、拿連續處方簽等例行性醫療服務) 5. 另須符合以下條件至少兩項 6. 經社工評估後為經濟弱勢 7. 失能評估-工具性日常生活活動能力量表(Instrumental Activities of Daily Living，簡稱IADL)失能者 8. 一個月內須就醫或診斷檢查 9. 其他資源(經濟或照護資源)無法及時介入協助者 10. 經社工評估後可服務之對象 | 1. 年滿65歲 2. 家屬臨時無法協助陪同就醫 3. 需有會診需求(不含復健、洗腎、拿連續處方簽等例行性醫療服務) 4. 其他資源(經濟或照護資源)無法及時介入協助者 5. 經社工/兼職護理師評估後可服務之對象 |