

入托申請表

112.02.22 修訂

一、入托者基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	民國 年 月 日	年齡	
身分證字號		籍貫	
宗教信仰		子女數	子___人 女___人
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居		
福利身份別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民/眷 <input type="checkbox"/> 農民 <input type="checkbox"/> 其他_____		
常用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他語言_____		
居住地址			
戶籍地址			
主要照顧者		主要照顧者電話	

二、入托者目前社會資源運用情形

身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 已持有(等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 類別：第_____類，ICD 診斷_____) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請
重大傷病卡	<input type="checkbox"/> 已持有(病名_____) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請
預防走失輔助	<input type="checkbox"/> 手鍊 <input type="checkbox"/> 布標 <input type="checkbox"/> GPS 定位 <input type="checkbox"/> 指紋按捺 <input type="checkbox"/> 緊急連絡卡 <input type="checkbox"/> 其他_____
政府補助	<input type="checkbox"/> 低收入戶生活津貼 <input type="checkbox"/> 中低收入戶生活津貼 <input type="checkbox"/> 敬老津貼 <input type="checkbox"/> 國民年金 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活津貼 <input type="checkbox"/> 榮民就養金 <input type="checkbox"/> 其他(說明：_____)

三、申請人基本資料

姓名		與入住者關係	
身分證字號		年齡	
居處住址		職業別	
聯絡電話	(公) _____	(家) _____	(手機) _____

四、服務型態選擇(因照護時間及房間類別不同而有收費上的差異，請勾選適合者)

<input type="checkbox"/> 全日養護	<input type="checkbox"/> 單人床 <input type="checkbox"/> 雙人床 (<input type="checkbox"/> 樂活 <input type="checkbox"/> 溫馨) <input type="checkbox"/> 四人床
<input type="checkbox"/> 日照中心	<input type="checkbox"/> 月托 <input type="checkbox"/> 日托
<input type="checkbox"/> 喘息服務	預計服務日期：___/___/___至___/___/___共___天
	長照等級_____
	A 單位名稱_____

五、入托者健康狀況(請依照實際情況填寫，可複選)

- 失智症主要診斷阿茲海默症血管型其他_____
- 失智確診醫院：_____ 日期：_____ 目前就診醫院：_____
- 活動行動自如使用拐杖使用助行器(須具備行走能力)
- 情緒平和焦慮不安易怒有攻擊行為其他_____
- 睡眠正常無法入睡常夜半起床日夜顛倒其他_____
- 皮膚完整無傷口有破損傷口其他_____
- 病史高血壓糖尿病心臟病中風腦出血肺結核氣喘白內障
憂鬱症慢性阻塞性肺疾病B 型肝炎帕金森氏症其他_____
- 目前是否使用失智症或慢性病藥物無有
- 申請服務的原因長輩問題行為頻繁照顧者壓力過大家屬無法配合照顧
其他_____

(感謝您的填寫，請將申請表傳真或寄回<聖若瑟失智老人養護中心>，我們在收到您的申請表後，會儘快與您聯繫。傳真：02-23320877，地址：108 台北市萬華區德昌街 125 巷 11 號，電話：02-23046716)