

高雄市長期照顧管理中心個案通報單

基本資料	姓名	身分證字號		生日	年	月	日	性別	
	緊急聯絡人	與個案關係		電話		手機			
	戶籍地址	高雄市 _____ 區 _____ 里 _____ 街/路 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓							
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍，_____縣/市 _____鄉鎮市區 _____村/里 _____路/街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓							
	身份別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 其他_____							
身心障礙手冊	障別：_____，程度：_____			是否獨居		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
疾病診斷	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 關節疾病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 其他_____								
管路	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 造瘻 <input type="checkbox"/> 其他：_____					身高：_____ 體重：_____			
個案問題與需求	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 經濟 <input type="checkbox"/> 照護技巧 <input type="checkbox"/> 家庭問題 <input type="checkbox"/> 安置 <input type="checkbox"/> 社會資源 <input type="checkbox"/> 其他_____								
長照服務對象	<input type="checkbox"/> 65歲以上老人 <input type="checkbox"/> 55歲以上山地原住民 <input type="checkbox"/> 50歲以上之身心障礙者								
身心狀況	意識： <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 其他_____ 情緒： <input type="checkbox"/> 平靜 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 冷默 <input type="checkbox"/> 激動 <input type="checkbox"/> 其他_____ 溝通： <input type="checkbox"/> 能理解 <input type="checkbox"/> 不能理解 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 其他_____ 視力： <input type="checkbox"/> 清晰 <input type="checkbox"/> 視力模糊 <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 其他_____ 聽力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 重聽 <input type="checkbox"/> 失聰 <input type="checkbox"/> 其他_____ 呼吸： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 端坐呼吸 <input type="checkbox"/> 張口呼吸 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 其他_____ 皮膚： <input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 潮紅 <input type="checkbox"/> 紅疹 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 水腫 部位_____ 程度_____ <input type="checkbox"/> 壓瘡 部位_____ 程度_____								
失能狀況初篩	※ADL：				※IADL：				
	1. 進食	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	1. 上街購物	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	2. 外出活動	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
	2. 移位	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	3. 食物烹調	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	4. 家務維持	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
	3. 如廁	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	4. 家務維持	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助	5. 洗衣物	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助
	4. 洗澡	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助						
	5. 平地走動	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助						
	6. 穿脫衣褲鞋襪	<input type="checkbox"/> 需協助	<input type="checkbox"/> 不需協助						
欲申請長期照顧服務需求(可複選)	<input type="checkbox"/> 照顧服務 (<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧) <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 社區或居家復健 <input type="checkbox"/> 喘息服務 <input type="checkbox"/> 老人餐飲服務 <input type="checkbox"/> 輔具及居家無障礙環境改善資源 <input type="checkbox"/> 交通接送服務 <input type="checkbox"/> 長期照顧機構服務 <input type="checkbox"/> 其他_____								
FAX：	轉介單位：_____		轉介者：_____		轉介日期：_____年_____月_____日				
	電話：_____		E-MAIL：_____						
個案處理回覆	接案機構：高雄市長期照顧管理中心 _____ 站								
	接案結果： <input type="checkbox"/> 未收案管理，原因：_____								
	<input type="checkbox"/> 收案，照顧管理計畫如下： <input type="checkbox"/> 居家照護 (<input type="checkbox"/> 居家服務 _____ <input type="checkbox"/> 日間照顧 _____ <input type="checkbox"/> 家庭托顧 _____) <input type="checkbox"/> 居家護理 _____ <input type="checkbox"/> 社區或居家復健 <input type="checkbox"/> 喘息服務 _____ <input type="checkbox"/> 老人餐飲服務 _____ <input type="checkbox"/> 輔具及居家無障礙環境改善資源 _____ <input type="checkbox"/> 交通接送服務 _____ <input type="checkbox"/> 長期照顧機構服務 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
	照顧管理專員：_____			回覆日期：_____年_____月_____日					

高雄市長期照顧管理中心各站聯絡資料

分站	負責區域	電話	傳真	E-MAIL
中正站	鹽埕、鼓山、左營、楠梓、三民、新興、前金、苓雅、前鎮、旗津、小港	(07)7134000#1811	(07)7134973	ltckhs@seed.net.tw
仁武站	鳳山、鳥松、仁武、大社	(07)373-2935	(07)373-2940	khshb.care@msa.hinet.net
大寮站	大寮、林園、大樹	(07)782-1292	(07)782-1295	khshb.daliao@msa.hinet.net
岡山站	岡山、橋頭、燕巢、田寮	(07)622-4718	(07)622-4351	khshb.gsc@msa.hinet.net
美濃站	旗山、甲仙、茂林、六龜、美濃、桃源、杉林、內門、那瑪夏	(07)682-2810	(07)682-2812	khshb.melo@msa.hinet.net
永安站	彌陀、梓官、茄萣、永安、阿蓮、湖內、路竹	(07)691-0923	(07)691-2961	khshb.gsc@msa.hinet.net