|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個案姓名 |  | 生 日 |  年 月 日 | 性 別 | □男性 □女性 |
| 住 址 |  | 電話 |  |
| 服務項目代碼 |

|  |  |
| --- | --- |
| ⬜ CA07：IADLs復能、ADLs復能照護 ⬜ CB01：營養照護 ⬜ CB03：困擾行為照護 ⬜ CC01：居家環境安全或無障礙空間規劃 | ⬜ CA08：個別化服務計畫（ISP）擬定與執行⬜ CB02：進食與吞嚥照護⬜ CB04：臥床或長期活動受限照護(2組專業)⬜ CD02：居家護理指導與諮詢 |

 |

服務單位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 服務提供日期 | 個案或家屬確認簽章 | 醫事人員簽章 | 照顧服務員簽章 |
| 1 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 2 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 3 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 4 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 5 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 6 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 7 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 8 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 9 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 10 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 11 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |
| 12 | 年 月 日\_\_\_\_：\_\_\_\_〜\_\_\_\_：\_\_\_\_ |  |  |  |

備註: 案家及服務單位各自留存備查(塗改處，個案/家屬及服務人員2方皆需蓋章或簽名)