

花蓮縣長照中心咀嚼吞嚥障礙 門諾醫院轉介紀錄單

轉介單位	單位名稱		轉介日期	民國 年 月 日
	轉介人		職稱	
	轉介原因			
	EAT-10篩檢分數	分		
個案基本資料	個案姓名		性別	
	身分證字號			
	出生日期	民國 年 月 日		
	聯絡人		關係	
	聯絡電話			
	主要照顧者： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 外籍看護 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
居住狀況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有同住者 <input type="checkbox"/> 其他(住院中或機構)				
掛號情形	<input type="checkbox"/> 已掛號，預計看診日期：_____			
	<input type="checkbox"/> 未掛號，原因：_____			
掛號資訊	1. 掛號方式 (1) 電話掛號： ➤ 電話：(03) 8241409 (2) 現場掛號 (3) 網路掛號 ➤ 網址： https://cgmsin.mch.org.tw/registerin/Register/A 2. 掛號類別：復健科 3. 看診醫師：郭惟致 醫師			
後續追蹤情形	追蹤日期：民國 年 月 日 追蹤結果：			