

花蓮慈濟醫院-咀嚼吞嚥健康中心 長照轉介單

轉介單位	單位名稱		轉介日期	
	轉介人		職稱	
	聯絡電話			
	轉介原因/ 篩檢分數			
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			
	居住地址			
	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)				

咀嚼吞嚥健康中心--個案轉介回覆單

流程	<input type="checkbox"/> 復健科吞嚥障礙門診 <input type="checkbox"/> 語言治療師吞嚥評估 (語言治療師： ) <input type="checkbox"/> 螢光吞嚥攝影檢查 (Videofluoroscopic Swallow Study, VFSS) <input type="checkbox"/> 牙科口腔檢查(葉梓賢醫師) <input type="checkbox"/> 未到診 <input type="checkbox"/> 其他：		
受理單位	咀嚼吞嚥健康中心	聯絡電話	03-8561825 轉 12317
治療日期		回覆人	
備註			