花蓮縣長期照顧管理中心居家失能個案家庭醫師照護

辦理服務中個案轉換服務單位作業表單 113.12擬定

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (A)表- 個案轉換服務單位申請單 | | | | | | | | |
| 個案基本資料 | 個案姓名 |  | | | | 申請日期 | 年 月 日 | |
| 出生日期 |  | 性別 | □男 □女 | | 身份證字號 |  | |
| 居住地址 |  | | | | | | |
| 申請人 | 申請人姓名 |  | | | 與個案關係 | | |  |
| 申請人電話 |  | | | | | | |
| 欲轉換單位  原因 | 目前服務單位 |  | | | 欲轉換服務單位 | | |  |
| □ 欲轉離案家就近之單位  □ 欲轉個案就醫或居家醫療服務單位  □ 其他 (說明於下)  若案家不便書寫，請受理之照專代填 | | | | | | | |
| 申請人(簽章)： 受理照管專員(簽章)： | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (B)表- 個案轉換服務單位處理單 | | | |
| 決議辦理情形 | □通過  □不通過  說明： | | |
| 簽核 | 主責照專：  (簽核日) | 小組長：  (簽核日) | 護理長/主任：  (簽核日) |

備註：審查程序完成(A)(B)表正本由長照分站歸檔留存。