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。