花蓮縣長照2.0家庭醫師照護方案

112年8月1日制定

**個案接受健康管理家訪服務簽單**

案號

|  |
| --- |
| **服務提供單位名稱**： 接案服務日期：自 年 月 日起 |
| 服務個案姓名： | 出生日期： 年 月 日/ 歲 |
| 居住地址：花蓮縣 鄉鎮市 村里 |
| **序號** | **服務時間** | **服務個案管理師** | **受訪者** | **受訪者簽章** |
| 1 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 2 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 3 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 4 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 5 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 6 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 7 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 8 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |

備註:1.本方案個管服務依長期照顧服務法和醫事人員法規製作服務相關紀錄，服務單位依規定保存7年。

 2.個案管理師於每次家訪後，務必請受訪者簽章於本表單以茲證明執行該次家訪服務。

頁次

花蓮縣長照2.0家庭醫師照護方案

**個案接受健康管理家訪服務簽單**

案號

|  |
| --- |
| **服務提供單位名稱**：  |
| 服務個案姓名： | 出生日期： 年 月 日/ 歲 |
| 居住地址：花蓮縣 鄉鎮市 村里 |
| **序號** | **服務時間** | **服務個案管理師** | **受訪者** | **受訪者簽章** |
| 1 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 2 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 3 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 4 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 5 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 6 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 7 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |
| 8 |  年 月 日 時 分 |  | □個案□家屬(關係： )□其他： |  |

備註:1.本方案個管服務依長期照顧服務法和醫事人員法規製作服務相關紀錄，服務單位依規定保存7年。

 2.個案管理師於每次家訪後，務必請受訪者簽章於本表單以茲證明執行該次家訪服務。

頁次