**113年 新竹縣 醫療院所提供ICOPE**

112.12.27 新竹縣政府衛生局 製版

**預防及延緩失能之長者功能評估服務 申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本資料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **醫療院所名稱** |  | | | | | **醫事機構代號** | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| **地 址** |  | | | | | **電 話** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **負 責 人**  **(代表人)** | 簽章 | | | | | **預計服務**  **個 案 數** | | 人  (依據單位量能自行填寫供衛生局參考) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **聯絡人** |  | | | | | E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申 請 條 件 及 項 目** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **機構單位屬性** | □醫 院： □醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □其他：  □診 所： □內科 □復健科 □家醫科 □眼科 □耳鼻喉科  □其他專科：  □藥 局： □社區藥局 □診所藥局 □其他類型  □治療所：□職能治療所 □物理治療所 □物理治療所  □驗光所  □聽力所  □衛生所  □其他有醫事人員配置之機構： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **機構可提供服務人力清冊 (請填人數)** | 總數 | 醫師 | | 藥師 | | | 護理師 | | | 營養師 | | | | | 驗光師 | | | | | 聽力師 | | | |
|  |  | |  | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| 物理治療師 | | 職能治療師 | | 社工師 | | | 醫檢師 | | | | | 放射師 | | | | | 行政 | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 1. **服務費回饋至服務人員之機制及回饋內容:** | 機制：□獎勵金 □獎勵禮券 □敘獎 □休假 □其他:  內容： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**填寫日期：**

**醫事服務機構印信及負責人簽章：**