

預防及延緩失能之長者功能評估知能提升計畫

新竹縣長者功能評估異常個案轉介單

轉介日期： 年 月 日

評估機構填寫資料欄	基本資料	姓名		性別： ☐ 男 ☐ 女	出生年：
		連絡電話			
	評估日期： 年 月 日 長者功能評估異常項目： ☐ 認知 ☐ 行動 ☐ 營養 ☐ 視力 ☐ 聽力 ☐ 憂鬱 服務機構： 評估人員： 職稱：				
	電 話：				
	傳真/電子信箱：				
註：轉介時，請附上評估資料給接案服務機構					
媒合中心協助	媒合中心機構窗口請於 5 天內傳真或電子信箱媒合接案機構並回覆評估機構				
	是否需要媒合中心(衛生局/所)協助： ☐ 是 ☐ 否				
	媒合機構		連絡電話		
	聯絡人		回覆日期		
接案服務機構回覆欄	接案服務機構窗口請於 15 天內傳真或電子信箱回覆服務機構				
	處置情形	☐ 已收案接受近一步評估或服務 ☐ 個案拒絕進一步評估或服務			
	建議事項				
	接案機構		連絡電話		
	聯絡人		回覆日期		