**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 | |  |