新北市安寧緩和照護社區網絡轉介(回復)單

110 年 3 月 18 日修訂

轉介個案相關資料

姓名: _____ 身份證字號:_____ 性別:___ 年齡:___ 生日:民國 年 月 日

住址: _____

聯絡電話:_____

主要照顧者:_____ 關 係:_____

診斷：_____

檢附資料：□安寧緩和照護社區網絡同意書

□病歷摘要 □ 診斷書(至少擇一)

□「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

□「不施行心肺復甦術同意書」及「不施行維生醫療同意書」(昏迷之病人適用)

□已符合並申請健保-安寧療護 □已符合並申請居家醫療整合-居家安寧

□申請長照服務-安寧緩和照護，未符合健保之原因_____

轉介單位:_____ 轉介日期: _____年_____月_____日

聯絡人：_____ 聯絡電話：_____

後援醫院審查意見/收案

收件日: 年 月 日

□已符合健保-安寧療護或□居家醫療整合-居家安寧，收案。(不需資格審查，後援醫院收案)

□長照服務-安寧緩和照護審查收案(後援醫院二位醫師資格審查收案)：

□符合 □不符合：原因說明：_____

□回覆轉介單位： _____

□其他建議：_____

醫院名稱：_____ 醫師簽章：_____

聯絡電話：_____ 備註：_____

四、派案單位：_____ 日期：_____年_____月_____日

社區收案資料

收件日: 年 月 日

醫院/醫師：_____ 聯絡電話：_____

社區診所/醫師：_____ 聯絡電話：_____

居家護理所/護理師：_____ 聯絡電話：_____

機構/護理師：_____ 聯絡電話：_____

個案交通費是否收取：□是 □否 個案身分福利別：□一般戶 □中低、低收入戶

□長照服務需求：□否 □是：□已有長照服務介入：項目：_____

□需申請長照服務：項目：_____

服務單位：收案日：____年____ 月 ____日；結案日：____ 年____月____日

新北市衛生局備查

備查日期: 年 月 日

長照服務需求：□無需求 □有需求，轉介照管中心：_____分站

承辦人：_____ 安寧個案編號：_____

備註：_____