

111 年「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」

長者功能評估服務醫療院所申請書

醫療院所 名稱		醫事機構 代號										預計服務 個案數	_____	人	
地址															
負責醫師 (人)											簽章	特約醫事服務機構 名稱及代號(蓋章)			
服務內容 (可複選)	<input type="checkbox"/> 長者功能評估 <input type="checkbox"/> 慢性病管理與衛教 <input type="checkbox"/> 認知訓練(刺激) <input type="checkbox"/> 運動介入 <input type="checkbox"/> 營養介入 <input type="checkbox"/> 視力照護 <input type="checkbox"/> 聽力照護 <input type="checkbox"/> 長者社交活動/社會參與 <input type="checkbox"/> 多重用藥檢視 <input type="checkbox"/> 其他 _____														
介入資源整合情形															
1	機構名稱：			負責人/單位：						聯絡人：					
	地址：														
	聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話：														
	<input type="checkbox"/> Email：														
	介入面向 <input type="checkbox"/> 長者功能評估 <input type="checkbox"/> 慢性病管理與衛教 <input type="checkbox"/> 認知訓練(刺激) <input type="checkbox"/> 運動介入 <input type="checkbox"/> 營養介入														
	(可複選) <input type="checkbox"/> 視力照護 <input type="checkbox"/> 聽力照護 <input type="checkbox"/> 長者社交活動/社會參與 <input type="checkbox"/> 多重用藥檢視														
	<input type="checkbox"/> 其他 _____														
2	機構名稱：			負責人/單位：						聯絡人：					
	地址：														
	聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話：														
	<input type="checkbox"/> Email：														
	介入面向 <input type="checkbox"/> 長者功能評估 <input type="checkbox"/> 慢性病管理與衛教 <input type="checkbox"/> 認知訓練(刺激) <input type="checkbox"/> 運動介入 <input type="checkbox"/> 營養介入														
	(可複選) <input type="checkbox"/> 視力照護 <input type="checkbox"/> 聽力照護 <input type="checkbox"/> 長者社交活動/社會參與 <input type="checkbox"/> 多重用藥檢視														
	<input type="checkbox"/> 其他 _____														
3	機構名稱：			負責人/單位：						聯絡人：					
	地址：														
	聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話：														
	<input type="checkbox"/> Email：														
	介入面向 <input type="checkbox"/> 長者功能評估 <input type="checkbox"/> 慢性病管理與衛教 <input type="checkbox"/> 認知訓練(刺激) <input type="checkbox"/> 運動介入 <input type="checkbox"/> 營養介入														
	(可複選) <input type="checkbox"/> 視力照護 <input type="checkbox"/> 聽力照護 <input type="checkbox"/> 長者社交活動/社會參與 <input type="checkbox"/> 多重用藥檢視														
	<input type="checkbox"/> 其他 _____														

(如表格篇幅不足，請自行增列)