

## 宜蘭縣政府衛生局資源整合樞紐站轉介單

年 月 日

轉介單位	單位名稱					轉介人員				聯絡電話		
	e-mail						傳真					
個案資料	姓名			性別		出生	年	月	日	電話		
	是否獨居			是否領有身障手冊			經濟狀況					
	住址	市鎮鄉		里	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	
	聯絡人				關係		聯絡電話					
問題概述												
可能需要的資訊服務												
<input type="checkbox"/> 1. 防跌-運動 <input type="checkbox"/> 2. 營養 <input type="checkbox"/> 3. 認知促進(預防失智) <input type="checkbox"/> 4. 慢性病管理-多重用藥 <input type="checkbox"/> 5. 預防保健與篩檢 <input type="checkbox"/> 6. 交通 <input type="checkbox"/> 7. 社會參與 <input type="checkbox"/> 8. 資訊 <input type="checkbox"/> 9. 教育 <input type="checkbox"/> 10. 文化 <input type="checkbox"/> 11. 輔具、長照服務 <input type="checkbox"/> 12. 社會福利 <input type="checkbox"/> 13. 其他												

..... 轉介回條.....

提供的社區資源連結建議	服務單位	地址	電話	服務內容
轉介日期	年 月 日	轉介單位		
轉介者	聯繫電話			

追蹤處理結果	<input type="checkbox"/> 資源已連結，並接受服務 <input type="checkbox"/> 資源已連結，但無接受服務 <input type="checkbox"/> 原資源無法連結，提供其他資訊 <input type="checkbox"/> 個案無意願			
	追蹤日期： 年 月 日			