

104 年度衛生福利部長照樂智社區服務活動報名表

一、失智症者基本資料					
姓名		年齡		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
就診科別		身分證		生病時間	年
教育程度		CDR 分數		聯絡電話	
居住狀況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住_____ <input type="checkbox"/> 與親屬同住_____				
	<input type="checkbox"/> 其他共同居住_____人，關係_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
聯絡地址	區 里 路 段 弄 新北市 鎮 鄉 鄰 街 巷 號 樓				
二、主要照顧者基本資料					
姓名		年齡		關係	
連絡電話	(H)	(M)		Email	
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同上 區 里 路 段 弄 <input type="checkbox"/> 新北市 鎮 鄉 鄰 街 巷 號 樓				
失智症者 特殊狀況	身體狀況	<input type="checkbox"/> 眼部疾病 <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨與關節疾病 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腸胃部疾病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	輔助器材	<input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 輪椅(一般/骨科) <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 其他_____			
預計陪同 家屬者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> (孫)子女 <input type="checkbox"/> 外籍看護 <input type="checkbox"/> 本國看護 <input type="checkbox"/> 其他_____				
注意事項	<p>先生/女士您好：</p> <p>非常感謝您的報名，我們在收到您的報名表後，會於三天內跟您或您的家人聯繫並說明此服務方案，若您同意加入以下事項要請您協助配合：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本活動是衛福部在新北市板橋區針對失智症患者及其家屬所設立的喘息服務。 2. 失智症患者每週參與一至三次健康促進團體活動。 3. 失智症家屬每月分別參加一次知能講座專業課程及一次紓壓支持團體。 4. 本活動之社工師及志工會定期至家中進行家庭關懷訪視及電話關懷。 5. 聯絡電話：7728-2242/7738-0128 洪小姐 				