**113年「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升計畫」**

**長者功能評估服務醫療機構意願申請書**

申請日期：113年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫事機構  名稱 | | |  | | | | | | 醫事機構  代號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 隸屬協會(診所必填) | | | □臺中市診所協會  □台中市台中都診所協會  □社團法人臺中市大臺中診所協會  □物理治療師公會  □職能治療師公會  □驗光師公會  □隸屬公協會： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地址 | | |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| 負責人 | | | 簽章 | | | | | | 醫事服務機構名稱及代號(蓋章) |  | | | | | | | | | |
| 聯絡窗口(姓名) | | |  | | | | | | 電 話  (手 機) |  | | | | | | | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預計提供服務之醫事人員 | | | □醫師( 位)、 □護理師( 位)、 □藥師( 位) 、 □營養師( 位)、  □社工師（ 位)、□職能治療師（ 位)、□物理治療師（ 位)、  □驗光師（ 位)、□其他：　 ， 位) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服務內容 | | | 初評 | | 1.長者功能評估 2.長者量六力 LINE帳號註冊及操作 3.提供衛教 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介入  (可複選) | | □長者功能評估 □認知訓練(刺激) □運動介入 □營養介入 □視力照護  □聽力照護 □長者社交活動/社會參與 □多重用藥檢視 □慢性病管理與衛教  □其他   * 無提供介入照護，請填寫社區可提供之介入資源整合單位及介入面向(下表)。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 目標服務個案數 | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 項目 | 初評+複評 | 轉介人數 | 追蹤介入 | 後測 | | 人數 |  |  |  |  |   目標數設定方式說明如下：   1. 初評+複評：服務機構自訂評估人數（須完成複評才算完整一案）。 2. 轉介人數：複評異常轉介成功人數。 3. 追蹤介入：不得低於評估人數80%。 4. 後測：不得低於評估人數30%。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 獎勵機制 | | 為鼓勵第一線服務人員，請敘明計畫服務費回饋方式（於抽查時須提供作證資料）： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **介入資源整合情形** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認知 | 機構名稱： 負責人/單位： 聯絡人：  地址：  聯絡方式 □電話:  □Email:  介入面向 □醫療院所 □社區方案據點 □一般社區據點 □社會福利相關 □長照中心  (可複選) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行動 | 機構名稱： 負責人/單位： 聯絡人：  地址：  聯絡方式 □電話:  □Email:  介入面向 □醫療院所 □社區方案據點 □一般社區據點 □社會福利相關 □長照中心  (可複選) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 視力 | 機構名稱： 負責人/單位： 聯絡人：  地址：  聯絡方式 □電話:  □Email:  介入面向 □醫療院所 □社區方案據點 □一般社區據點 □社會福利相關 □長照中心  (可複選) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聽力 | 機構名稱： 負責人/單位： 聯絡人：  地址：  聯絡方式 □電話:  □Email:  介入面向 □醫療院所 □社區方案據點 □一般社區據點 □社會福利相關 □長照中心  (可複選) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 營養 | 機構名稱： 負責人/單位： 聯絡人：  地址：  聯絡方式 □電話:  □Email:  介入面向 □醫療院所 □社區方案據點 □一般社區據點 □社會福利相關 □長照中心  (可複選) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 憂鬱 | 機構名稱： 負責人/單位： 聯絡人：  地址：  聯絡方式 □電話:  □Email:  介入面向 □醫療院所 □社區方案據點 □一般社區據點 □社會福利相關 □長照中心  (可複選) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社會 | 機構名稱： 負責人/單位： 聯絡人：  地址：  聯絡方式 □電話:  □Email:  介入面向 □醫療院所 □社區方案據點 □一般社區據點 □社會福利相關 □長照中心  (可複選) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用藥 | 機構名稱： 負責人/單位： 聯絡人：  地址：  聯絡方式 □電話:  □Email:  介入面向 □醫療院所 □社區方案據點 □一般社區據點 □社會福利相關 □長照中心  (可複選) □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (請自行增列) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**備註：請合作醫療機構按月如實核銷，因本計畫採限額辦理，如經費用罄將終止補助。**

**※申請書填好後，請先給電子檔，電子信箱:** **hbtcm01946@taichung.gov.tw**，**紙本正本請後續寄至臺中市衛生局保健科健康促進股，黃聿安小姐收，如有以上問題，請電洽(04)2526-5394分機3122，謝謝。**

**審核日期 : 113年 月 日**

**審核結果 : □ 通過 □不通過，原因:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 審核人 :**