**臺中市政府衛生局**

**114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(事)機構意願申請書**

申請日期：114年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫事機構  名稱 |  | | | | | | | 醫事機構  代號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地址 |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| 負責人 |  | | | | | | | 醫事服務機構統一編號 |  | | | | | | | | | |
| 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) □職能治療師( 位) □物理治療師( 位)  □驗光師( 位) □社工師( 位) □其他：　 ， 位) 請檢附服務人員姓名、職稱及受訓日期(附件1) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(附件2) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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：   1. 初評+複評：服務機構自訂評估人數（須完成複評才可計算完整一案）。 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35%。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（於訪查時須提供佐證資料）  獎勵機制：  □服務費回饋(回饋比例＿＿＿%) □獎勵金　□獎勵禮券　□敘獎　□休假  □其他：­­­­＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

此致

臺中市政府衛生局

醫療(事)機構名稱：

負責人：

統一編號：

醫療(事)機構印章

負責人印章

**※請合作醫療(事)機構於申請時，請檢附：1.意願申請書(含服務人員清單、介入資源整合情形) 2.開業登記證影本 3.存摺影本**

附件2

**※申請書填好後，請先提供電子檔，電子信箱:** **hbtcm02168@taichung.gov.tw**，**正本請寄至臺中市衛生局保健科健康促進股(黃小姐或蘇小姐)，如有以上問題，請電洽(04)2526-5394分機3140或3141。**

**審核日期 : 114年 月 日**

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

附件1：服務人員清單

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 | 職稱 | 受訓日期 |
|  |  | □受訓日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □尚未受訓 |
|  |  | □受訓日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □尚未受訓 |
|  |  | □受訓日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □尚未受訓 |
|  |  | □受訓日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □尚未受訓 |
|  |  | □受訓日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □尚未受訓 |
|  |  | □受訓日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □尚未受訓 |
|  |  | □受訓日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □尚未受訓 |

(本表請自行增列)

附件2：介入資源整合情形

|  |  |
| --- | --- |
| **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(本表請自行增列)