

## 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	<input type="checkbox"/> 醫師(____位) <input type="checkbox"/> 護理師(____位) <input type="checkbox"/> 藥師(____位) <input type="checkbox"/> 營養師(____位) <input type="checkbox"/> 職能治療師(____位) <input type="checkbox"/> 物理治療師(____位) <input type="checkbox"/> 驗光師(____位) <input type="checkbox"/> 社工師(____位) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 長者功能評估 <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"/> 慢性病管理與衛教 <input type="checkbox"/> 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 15%;">項目</th> <th style="width: 20%;">初評+複評</th> <th style="width: 20%;">轉介人數</th> <th style="width: 20%;">追蹤介入</th> <th style="width: 25%;">後測</th> </tr> <tr> <td>人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										項目	初評+複評	轉介人數	追蹤介入	後測	人數				
	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： <input type="checkbox"/> 服務費回饋(回饋比例____%) <input type="checkbox"/> 獎勵金 <input type="checkbox"/> 獎勵禮券 <input type="checkbox"/> 敘獎 <input type="checkbox"/> 休假 <input type="checkbox"/> 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

※申請書填好後，請先提供電子檔，電子信箱：[hbtcm02168@taichung.gov.tw](mailto: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
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 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： 地址： 聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> Email： 介入面向 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社區方案據點 <input type="checkbox"/> 一般社區據點 <input type="checkbox"/> 社會福利相關 <input type="checkbox"/> 長照中心 (可複選) <input type="checkbox"/> 其他	負責人/單位：  聯絡人：
行動	機構名稱： 地址： 聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> Email： 介入面向 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社區方案據點 <input type="checkbox"/> 一般社區據點 <input type="checkbox"/> 社會福利相關 <input type="checkbox"/> 長照中心 (可複選) <input type="checkbox"/> 其他	負責人/單位：  聯絡人：
視力	機構名稱： 地址： 聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> Email： 介入面向 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社區方案據點 <input type="checkbox"/> 一般社區據點 <input type="checkbox"/> 社會福利相關 <input type="checkbox"/> 長照中心 (可複選) <input type="checkbox"/> 其他	負責人/單位：  聯絡人：
聽力	機構名稱： 地址： 聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> Email： 介入面向 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社區方案據點 <input type="checkbox"/> 一般社區據點 <input type="checkbox"/> 社會福利相關 <input type="checkbox"/> 長照中心 (可複選) <input type="checkbox"/> 其他	負責人/單位：  聯絡人：
營養	機構名稱： 地址： 聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> Email： 介入面向 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社區方案據點 <input type="checkbox"/> 一般社區據點 <input type="checkbox"/> 社會福利相關 <input type="checkbox"/> 長照中心 (可複選) <input type="checkbox"/> 其他	負責人/單位：  聯絡人：
憂鬱	機構名稱： 地址： 聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> Email： 介入面向 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社區方案據點 <input type="checkbox"/> 一般社區據點 <input type="checkbox"/> 社會福利相關 <input type="checkbox"/> 長照中心 (可複選) <input type="checkbox"/> 其他	負責人/單位：  聯絡人：
社會	機構名稱： 地址： 聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> Email： 介入面向 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社區方案據點 <input type="checkbox"/> 一般社區據點 <input type="checkbox"/> 社會福利相關 <input type="checkbox"/> 長照中心 (可複選) <input type="checkbox"/> 其他	負責人/單位：  聯絡人：
用藥	機構名稱： 地址： 聯絡方式 <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> Email： 介入面向 <input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 社區方案據點 <input type="checkbox"/> 一般社區據點 <input type="checkbox"/> 社會福利相關 <input type="checkbox"/> 長照中心 (可複選) <input type="checkbox"/> 其他	負責人/單位：  聯絡人：

(本表請自行增列)