

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

※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)2228-9111 分機 70232 或 70233。

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： 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	負責人/單位： 聯絡人：
行動	機構名稱： 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	負責人/單位： 聯絡人：
視力	機構名稱： 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	負責人/單位： 聯絡人：
聽力	機構名稱： 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	負責人/單位： 聯絡人：
營養	機構名稱： 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	負責人/單位： 聯絡人：
憂鬱	機構名稱： 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	負責人/單位： 聯絡人：
社會	機構名稱： 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	負責人/單位： 聯絡人：
用藥	機構名稱： 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	負責人/單位： 聯絡人：

(本表請自行增列)