

# 臺中市政府衛生局

## 115 年「長者內在能力檢測推動計畫」 長者內在能力檢測醫療(事)機構意願申請書

申請日期： 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 - m a i l																
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.長者內在能力檢測 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"/> 長者內在能力檢測 <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)														
預估服務目 標個案數	_____案 僅作為計畫規劃參考之用，非屬強制達成之指標															
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.醫療(事)機構開業執照影本 3.機構存簿影本

※申請書填好後，請先提供電子檔，電子信箱：[hbtcm02430@taichung.gov.tw](mailto:hbtcm02430@taichung.gov.tw)，正本請寄至臺中市衛生局保健科健康促進股(黃小姐或邱小姐)，如有以上問題，請電洽(04)2228-9111 分機 70204 或 70203。

審核日期：115 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：

失智共照中心	<p>機構名稱： _____ 負責人/單位： _____ 聯絡人： _____</p> <p>地址： _____</p> <p>聯絡方式 <input type="checkbox"/>電話： _____ <input type="checkbox"/>Email： _____</p> <p>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 _____</p>
社區營養推廣中心	<p>機構名稱： _____ 負責人/單位： _____ 聯絡人： _____</p> <p>地址： _____</p> <p>聯絡方式 <input type="checkbox"/>電話： _____ <input type="checkbox"/>Email： _____</p> <p>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 _____</p>

(本表請自行增列)