**臺中市政府衛生局長期照顧服務異常事件通報單**

111.03.15修

反映日期：○年○月○日

行政區(服務單位)：

個案名稱：○○○(身分證字號A000000000)

服務單位：○○○○○長照機構

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 流程 | 說明 | 核章 |
| 反映  內容 | 一、事件種類：  二、事件發生時間及地點：  三、事件敘述： | 反映人：(含單位名稱、人員姓名及職稱) |
| 單位  回應 | 一、處理過程：  二、檢討說明：  (相關單位有二個單位，請自行增加欄位) | 單位：  (含承辦人簽章、機構簽章、負責人簽章及回應日期) |
| 處理結果 |  | 承辦人：  姓名 |

1.由反映人填寫反映內容，填妥後洽本局照管中心或各行政區特約核銷行政人員辦理。

2.依異常情形，分由各相關服務單位填寫單位回應，涉有缺失單位請提出檢討說明及改善情形。

3.承辦人填寫處理結果，並應敍明後續處理情形及記點相關事宜，進行陳核。

承辦人員 會辦 股長 技正 單位主管