**111年「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」**

**長者功能評估服務醫療院所申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫療院所名稱 |  | 醫事機構代號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 預計服務個案數 |  人 |
| 地址 |  |
| 負責醫師(人) | 簽章 | 特約醫事服務機構名稱及代號(蓋章) |  |
| 服務內容(可複選) | □長者功能評估□慢性病管理與衛教□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□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **介入資源整合情形** |
| 1 | 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□長者功能評估□慢性病管理與衛教□認知訓練(刺激)□運動介入□營養介入(可複選) □視力照護□聽力照護□長者社交活動/社會參與□多重用藥檢視 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2 | 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□長者功能評估□慢性病管理與衛教□認知訓練(刺激)□運動介入□營養介入(可複選) □視力照護□聽力照護□長者社交活動/社會參與□多重用藥檢視 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3 | 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□長者功能評估□慢性病管理與衛教□認知訓練(刺激)□運動介入□營養介入(可複選) □視力照護□聽力照護□長者社交活動/社會參與□多重用藥檢視 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**(如表格篇幅不足，請自行增列)**