**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)**