

臺北醫學大學附設醫院長者營養送餐計劃

信義區長者送餐需求轉介單

基本資料	姓名		出生年月日	民國 年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女
	身分證字號		電話		健保	☐ 有 ☐ 無
	緊急聯絡人		電話		關係	
	身分別	☐ 一般 ☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 榮民／榮眷 ☐ 身心障礙者（ 障 度） ☐ 重大傷病				
	居住地址	信義區 里 鄰 路 巷 號				
居住狀況	☐ 獨居 ☐ 與家屬同住					
同住家屬	☐ 配偶（姓名：_____） ☐ 子女 ☐ 其他_____（可複選） 承上述，若配偶同為 65 歲以上老人是否亦需送餐服務？ ☐ 是 ☐ 否					
行動能力	☐ 可自行完成不需輔具 ☐ 需協助走 50 公尺以上 ☐ 需部分協助 ☐ 需完全協助					
輔具使用狀況	☐ 無 ☐ 拐杖 ☐ 助行器 ☐ 輪椅 ☐ 其他_____					
已獲得資源協助內容	☐ 居家照顧 ☐ 緊急救援系統 ☐ 居家無障礙環境改善 ☐ 居家職能治療 ☐ 居家物理治療 ☐ 居家營養師 ☐ 居家護理 ☐ 居家呼吸治療 ☐ 健康中心（衛生所）地段訪視 ☐ 志工關懷訪視 ☐ 電話問安 ☐ 其他_____					
牙齒咀嚼能力	☐ 一般飲食 ☐ 軟質飲食 ☐ 切碎飲食 ☐ 流質飲食 ☐ 其他_____					
送餐需求項目	☐ 素食飲食 ☐ 白飯 ☐ 稀飯 ☐ 其他特殊禁忌_____ ☐ 特殊治療飲食（ ☐ 糖尿病 ☐ 腎臟疾病 ☐ 高血脂症 ☐ 痛風 ☐ 其他_____） 需特殊治療飲食者，身高_____公分/體重_____公斤					
填表單位：_____ 日期：_____ 轉介者：_____ 電話：_____ 傳真：_____ E-Mail：_____						
評估結果	☐ 無法提供服務，原因_____ ☐ 收案，自 月 日起提供送餐服務 社工：_____ 主管：_____ 日期：_____					

個案處理回覆：北醫附醫社工室 電話：02-27372181 分機 8156

傳真：02-27375593（傳真前請先來電告知）

回覆情形	回覆日期： 年 月 日
	回覆方式： ☐ 電話 ☐ 面對面口頭回覆 ☐ E-mail ☐ 傳真
	回覆人：_____