

附件一

制定日期：102.07.01
修訂7版：112.10.04

苗栗縣二手輔具媒合申請表

- 北區中心辦理
- 南區中心辦理

社團法人苗栗縣脊髓損傷者協會 承辦

申請日期：____年____月____日

一、使用者基本資料						
使用者		身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 年 月 日
身障證明	<input type="checkbox"/> 有；第____類____度 <input type="checkbox"/> 無	長照中心	<input type="checkbox"/> 有在案中 <input type="checkbox"/> 無在案中	經濟狀況		<input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 一般
戶籍地址						
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同上； <input type="checkbox"/> 地址：					
申請人 (聯絡人) 姓名			與使用者 關係	聯絡電話：() 行動電話：		
申請媒合 輔具項目	生活類	<input type="checkbox"/> 輪椅_____ <input type="checkbox"/> 拐杖類：_____				
		<input type="checkbox"/> 居家用照顧床_____ <input type="checkbox"/> 輪椅座墊_____				
		<input type="checkbox"/> 氣墊床_____ <input type="checkbox"/> 便盆椅				
		<input type="checkbox"/> 沐浴椅_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	醫療類	<input type="checkbox"/> 抽痰機_____ <input type="checkbox"/> 化痰機				
		<input type="checkbox"/> 其他：_____				
中心 接案人員						
填寫說明	第1頁可由使用者、其家屬或中心接案人員協助完成填寫內容。 第2頁及第3頁為社工人員填寫及收集檢附文件。					

二、使用者現況	
訪視過程中，由 <input type="checkbox"/> 使用者 <input type="checkbox"/> 案家屬 <input type="checkbox"/> 主要照顧者 <input type="checkbox"/> 聯絡人 <input type="checkbox"/> 其他_____陳述以下情況	

1、使用需求(可複選)	<input type="checkbox"/> 日常生活	<input type="checkbox"/> 醫療	<input type="checkbox"/> 就學	<input type="checkbox"/> 就業
	<input type="checkbox"/> 休閒與運動	<input type="checkbox"/> 其他：_____		
2、認知能力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	
3、坐姿平衡	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 雙手扶持尚可維持	<input type="checkbox"/> 雙手扶持難以維持	
4、站姿平衡	<input type="checkbox"/> 可獨立維持站姿	<input type="checkbox"/> 需經協助維持站姿	<input type="checkbox"/> 完全無法維持站姿	
5、仰躺坐起	<input type="checkbox"/> 可獨立完成	<input type="checkbox"/> 需經協助	<input type="checkbox"/> 完全無法	
6、翻身能力	<input type="checkbox"/> 可獨立完成	<input type="checkbox"/> 需經協助	<input type="checkbox"/> 完全無法	
7、行走能力	<input type="checkbox"/> 可獨立完成	<input type="checkbox"/> 需用輔具	<input type="checkbox"/> 完全無法	
8、壓瘡	<input type="checkbox"/> 未發生	<input type="checkbox"/> 過去有	<input type="checkbox"/> 目前有：部位：_____	
9、最近三個月住院紀錄	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，住院原因：_____		
10、三管留置狀況	<input type="checkbox"/> 氣切管留置	<input type="checkbox"/> 鼻胃管留置	<input type="checkbox"/> 尿管留置	<input type="checkbox"/> 其他：_____
11、目前使用輔具狀況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 是，使用項目：_____		
12、其他備註	_____			

三、服務建議

不符合二手輔具媒合對象或優先順序。

改為提供其他服務業務：_____

提供其他相關資訊：_____

轉介其他資源：_____

轉介單位受案。

轉介單位不受案：_____

符合二手輔具媒合對象或優先順序。

安排辦理二手輔具媒合手續。

取消二手輔具媒合，原因：

使用者逝世 已取得輔具 改由輔具租借服務 其他：_____

其他說明：

中心 收案人員	_____	收案日期	_____	年	月	日
------------	-------	------	-------	---	---	---

四、檢附文件(身心障礙證明或身分證須擇一附上)

身心障礙證明影本

身分證正反面影本

低收證明

中低收證明

輔具評估報告書編號：

醫師診斷證明書

其他：_____

使用者身心障礙證明正面影本
(影本為雙面時，請浮貼)

使用者身心障礙證明反面影本
(影本為雙面時，請浮貼)

使用者身份證正面影本
(影本為雙面時，請浮貼)

使用者身份證反面影本
(影本為雙面時，請浮貼)

***說明：**

中心人員相關手續辦理完成後，確定轉交媒合之二手輔具，請使用者或申請人於下方簽收處簽名。

簽收：