

個案轉介單

(本表單適用醫院、診所、衛生所、據點及其他長照服務單位轉介)

受理單位：臺北榮民總醫院桃園分院—失智共照中心

轉介日期： 年 月 日

基本資料	個案姓名			身分證字號		生日	
	聯絡人		關係		電話		
	教育程度	☐ 1. 無 ☐ 2. 國小 ☐ 3. 國中 ☐ 4. 高中 ☐ 5. 大學 ☐ 6. 其他_____					
	身份別	☐ 1 一般 ☐ 2 低收入戶 ☐ 3 中低收入戶 ☐ 4 身障手冊 ☐ 5 榮民/眷 ☐ 6 其他_____					
	戶籍地址						
	現住址						
認知評估 (請至少要填一項並附上報告)		CDR: _____ MMSE: _____ AD-8: _____ SPMSQ: _____					
失智程度		☐ 尚未確診 ☐ 極輕度 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度					
個案情況		個案情況： 轉介需求類別： ☐ 1. 疑似失智個案就醫 ☐ 2. 失智症衛教服務 ☐ 3. 轉介社區/長照資源 ☐ 4. 其他_____					
轉介單位				受理單位			
單位名稱： 轉介人員/職稱： 轉介日期： 年 月 日 聯絡電話： 電子郵件信箱：				單位名稱：北榮桃園分院—失智共照中心 受理日期： 年 月 日 聯絡電話：03-3884889#3888 電子郵件信箱：dementia.tyvh@gmail.com			

回覆單

個案處理情形回覆：

結果： ☐ 可提供服務

☐ 無法提供服務原因： _____

簽章： _____ 日期： _____