**醫療院所申辦提供**

**預防及延緩失能之長者功能評估服務申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本資料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | |  | | | |
| **申請條件** | | **項目** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.□參與國健署相關計畫或認證之院所 | | 1-1.□參與110年度「推動慢性病預防管理及健康促進整合計畫-子計畫3：預防長者失能之慢性病介入服務計畫」  1-2.□參與109年「預防及延緩失能之長者功能評估服務試辦計畫」 (服務人數:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人)  1-3.□「基層診所及社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」之院所及衛生所(服務人數:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人)  1-4.□已通過健康醫院認證且尚在效期內之醫院(效期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  1-5.□109年合格之糖尿病及108年合格之腎臟病健康促進機構(效期:\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.□參加社區醫療群之診所 | | 2-1.社區醫療群代號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2-2.社區醫療群名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2-3.執行中心名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2-4.合作醫院名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.□院所人員有預防及延緩失能評估服務相關經驗 | | 3-1.□院所人員是否參與過預防及延緩失能之相關教育訓練 (主辦單位:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  3-2.□有執行過ICOPE長者功能評估之操作經驗(人數:\_\_\_\_\_\_\_\_\_人) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.□有醫療照護及社區據點資源轉介措施，並簡述轉介機制 | | 4-1.有合作之社區據點，請列出主要合作據點之名稱: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 社區據點名稱 | | | | | | | 介入活動/項目 | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | □認知□運動□營養□心理□社會參與□福利補助及資源□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | |  | | (如表格篇幅不足，請自行增列) | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | 4-2.曾利用以下管道轉介個案利用社區資源:  □資源整合樞紐站 □「長者社區資源整合運用平台」連結社區資源 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 4-3.□曾轉介個案利用長照中心資源 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 4-4.請簡述轉介機制： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. 需醫療照護/進一步檢查者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (2)需調整處方/藥物諮詢者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (3)需使用社區資源介入者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.□其他(有助於推廣ICOPE計畫之特性)，請敘明原因： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |