

財團法人新北市私立雙連社會福利慈善事業基金會  
到宅沐浴服務申請表

申請日期： 年 月 日

(打\*為必填欄位)

壹、 需要服務者基本資料	*姓名		*年齡		*性別	
	*聯絡電話			身份別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶	
	*居住地址					
	是否聘有看護	<input type="checkbox"/> 是 ( <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中 ( <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍)				
貳、 健康資料	意識狀況	<input type="checkbox"/> 1.清醒 <input type="checkbox"/> 2.嗜睡 <input type="checkbox"/> 3.昏迷 <input type="checkbox"/> 4.混亂 <input type="checkbox"/> 5.其他：_____				
	疾病史	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.心臟病 <input type="checkbox"/> 3.糖尿病 <input type="checkbox"/> 4.高血壓 <input type="checkbox"/> 5.中風 <input type="checkbox"/> 6.其他：_____				
	管路	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有：_____ (註明管路名稱、部位)				
	呼吸狀況	<input type="checkbox"/> 1.不需要氧氣 <input type="checkbox"/> 2.使用氧氣(1. <input type="checkbox"/> 可暫時移除氧氣 2. <input type="checkbox"/> 無法移除氧氣) 使用氧氣種類 1. <input type="checkbox"/> 鼻導管 2. <input type="checkbox"/> 氧氣罩 3. <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	皮膚狀況	1. <input type="checkbox"/> 正常 2. <input type="checkbox"/> 異常 (1) <input type="checkbox"/> 過度乾燥有皮屑 (2) <input type="checkbox"/> 瘀青 (3) <input type="checkbox"/> 疹子 (4)傷口(部位:_____大小:_____深度:_____類別: <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____ (5) <input type="checkbox"/> 其他：_____				
參、 住家情形	住屋形式	<input type="checkbox"/> 1.公寓(居住樓層____樓 <input type="checkbox"/> 有電梯 <input type="checkbox"/> 無電梯) <input type="checkbox"/> 2.獨棟 <input type="checkbox"/> 3.三合院 <input type="checkbox"/> 4.其他_____				
	居住安排	<input type="checkbox"/> 1.獨居 <input type="checkbox"/> 2.固定與家屬同住( <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 3.輪流與家屬同住				
備註	是否還有其他的事情想要提醒服務人員?					

財團法人新北市私立雙連社會福利慈善事業基金會  
到宅沐浴服務申請單

*肆、主要聯絡人資料	姓名		與需要服務者關係	
	聯絡電話		手機	
	居住地址			

*伍、填寫本身請書之人員資料	姓 *名		與需要服務者關係	
	服務單位	(如填寫本申請之人員身分為公部門、民間社福團體者，請填妥本欄位)		
	聯絡電話		手機	
	通訊地址			

◎本表填妥後，請傳真至(02)2636-9726。並請於傳真後來電確認告知，謝謝。

◎本基金會聯絡電話(02)2636-5999(分機 3104)

◎注意事項:因本服務有部分共用物品，基於個案衛生考量，凡使用到在宅沐浴服務有任何傳染性疾病感染之虞者皆無法提供服務。

-----  
(以下欄位由本會到宅沐浴服務評估人員填寫)

受理評估者			
初次電訪時間	年 月 日	約定受訪時間	年 月 日
評估結果	<input type="checkbox"/> 可收案提供服務 <input type="checkbox"/> 無法提供服務 原因：_____		