

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院
送餐服務轉介表

一、基本資料

姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日 年 月 日	身分證字號	電話
居住地址： _____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街_____段_____巷 _____弄_____號_____樓				
戶籍地址： _____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街_____段_____巷 _____弄_____號_____樓				
聯絡人：		與個案之關係：		聯絡人電話：
目前無罹患疾病： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		福利身分： <input type="checkbox"/> 身心障礙_____ <input type="checkbox"/> 重大傷病_____		
		<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 其他_____		

二、轉介原因

個案狀況概述：_____
<input type="checkbox"/> 符合條件一 <input type="checkbox"/> 不符合市政府送餐服務資格，由本院出發送餐車程不超過 15 分鐘者。
<input type="checkbox"/> 符合條件二 <input type="checkbox"/> 獨居者無法自行炊食。
<input type="checkbox"/> 雖非獨居，但本人無法自行炊食且主要照顧者亦無法提供餐飲。

三、轉介單位

轉介單位	聯絡人	聯絡電話/傳真	地址
		TEL : FAX :	

四、回覆結果

<input type="checkbox"/> 符合送餐條件：將於_____年_____月_____日起，提供 <input type="checkbox"/> 中餐 <input type="checkbox"/> 晚餐 送餐服務。				
<input type="checkbox"/> 不符合送餐條件：				
回覆日期：_____年_____月_____日 回覆人：_____				
受理單位	聯絡人	聯絡電話	傳真	地址
聖保祿醫院 社區健康科	邱怡菁	03-3613141 轉 3251	03-3773338	桃園市桃園區建新街 123 號