

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	出生年月日	身分證字號	電話
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
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

<p>個案狀況概述：_____</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>符合條件二 <input type="checkbox"/>獨居者無法自行炊食。</p> <p style="padding-left: 40px;"><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。</p>
--

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	聯絡電話	傳真	地址
聖保祿醫院社區健康科	03-3613141 轉 3249	03-3773338	桃園市桃園區建新街 123 號