

苗栗縣政府衛生局

114 年「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升計畫」

長者功能評估服務醫療(事)機構意願申請書

申請日期：____年____月____日

服務機構 名 稱											醫事機構 代 號											服 務 個 案 數	<input type="checkbox"/> 區域醫院 300 人 <input type="checkbox"/> 地區醫院 200 人 <input type="checkbox"/> 診所 150 人 <input type="checkbox"/> 藥局 50 人	
地 址																								
負 責 人											簽 章		特約醫事服務機構 名稱及代號(蓋章)											
機構類別	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 社區藥局 <input type="checkbox"/> 居家護理所 <input type="checkbox"/> 物理治療機構 <input type="checkbox"/> 職能治療機構 <input type="checkbox"/> 營養諮詢機構 <input type="checkbox"/> 聽力所 <input type="checkbox"/> 驗光所																							
本機構服 務之內容 (可複選)	<input type="checkbox"/> 長者功能評估 <input type="checkbox"/> 慢性病管理與衛教 <input type="checkbox"/> 認知訓練(刺激) <input type="checkbox"/> 運動介入 <input type="checkbox"/> 營養介入 <input type="checkbox"/> 視力照護 <input type="checkbox"/> 聽力照護 <input type="checkbox"/> 長者社交活動/社會參與 <input type="checkbox"/> 多重用藥檢視 <input type="checkbox"/> 其他_____																							
服 務 費	1. 評估服務費																							
	項 目	初 評		初評有異常者																				
				複評項數(均含用藥及社會需求評估)																				
		非首次評估者	首次評估者	1 項	2 項	3 項	4 項																	
	費用	100 元	150 元	100 元	150 元	190 元	220 元																	
	(首次評估：110 至 113 年未接受評估者。)																							
2. 異常個案之追蹤及後測費																								
項 目	複評有異常者																							
	追 蹤	後測項數																						
		(用藥或社會需求評估有異常者須一併後測，惟不計入項數)																						
		1 項	2 項	3 項	4 項																			
費用	50 元	100 元	150 元	190 元	220 元																			
建立獎勵 機制回饋 服務人員	為鼓勵第一線服務人員，本局訂定服務費之所得中規劃 <u>至少百分之三十</u> 回饋至該個別評估人員 (於期末服務費核銷時提供佐證資料) 獎勵機制： <input type="checkbox"/> 服務費回饋(回饋比例____%) <input type="checkbox"/> 獎勵金 <input type="checkbox"/> 獎勵禮卷 <input type="checkbox"/> 其他：_____																							

預計提供服務之醫事人員	<input type="checkbox"/> 醫師(____位) <input type="checkbox"/> 護理師(____位) <input type="checkbox"/> 藥師(____位) <input type="checkbox"/> 營養師(____位) <input type="checkbox"/> 職能治療師(____位) <input type="checkbox"/> 物理治療師(____位) <input type="checkbox"/> 驗光師(____位) <input type="checkbox"/> 社工師(____位) <input type="checkbox"/> 其他(____位；____位) 請檢附服務人員姓名、職稱及受訓日期(附件一)	
轉介合作單位	<input type="checkbox"/> 請列出轉介合作單位之名稱：	
	轉介合作單位名稱	介入活動/項目
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 行動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聽力 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 其他_____
<input type="checkbox"/> 沒有特別轉介合作單位 (如表格篇幅不足，請自行增列)		
承辦人簽章	單位主管簽章	機關長官簽章

附件一、服務人員清單

服務人員清單

單位名稱：_____

姓名	職稱	受訓日期
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓
		<input type="checkbox"/> 受訓日期：_____ <input type="checkbox"/> 尚未受訓

(如表格篇幅不足，請自行增列)

附件二、委託匯款書

109 年 10 月 29 日版

苗栗縣政府衛生局

委託匯款書

中華民國 年 月 日

- 一、 為提升服務品質，已將應付款項委請台灣銀行苗栗分行以匯款方式辦理。
- 二、 為利辦理受款人之匯款資料，請詳細填寫下列各項資料，交各請款單位，以為匯款之依據。
- 三、 「團體或公司行號」請加蓋「公司章或統一發票章」及「負責人章」；「個人」請加蓋「個人印章」或「簽名」。
- 四、 各科室(衛生所)應確實核對廠商帳戶名稱、存摺及廠商印章是否一致（因退匯會加收手續費）

帳 戶 名 稱	營利事業統一編號 或身分證字號		
銀行名稱及代號			
帳 號			
聯 絡 電 話		手機號碼	
通 訊 地 址			
付 款 通 知	(請詳填下列 e-mail 帳號及傳真號碼，並核對英文字母大小寫，以確保付款訊息之通知。)		
e-mail		傳真號碼	

後，再行遞送至本局會計室。

- 五、 貴公司帳號資料倘有變更者，請重新填寫本匯款書以利更正資料檔。

存摺封面影本黏貼處

- 1、填妥後請先將本委託書交各請款單位。
- 2、請黏貼最新存摺封面影本。

此致

苗栗縣政府衛生局

蓋章

承辦人：邱沛妮

連絡電話：037-558570