桃園市失智管理整合中心

修訂日期:115 年 9 月 7 日

個案轉介單

表單編號：

個案姓名		**性別**	□男 □女 □其他／不便回答
出生年月日	民國 年 月 日	**身分證字號**	
聯絡電話		**手機**	
居住地址	縣/市 鄉鎮市區 村/里 鄰 路/街 段 巷 弄 號 樓		
居住狀況	□獨居 □與配偶同住 □與子女／家屬同住 □雙老／老老照顧 □機構 □其他	**主要語言**	□國語 □台語 □客語 □其他
聯絡方便時段	□上午 □下午 □皆可 □其他：____	**受理方式**	□電話 □Email □傳真 □現場受理 □其他
聯絡人姓名		**與個案關係**	□配偶 □子女 □媳婦／女婿 □手足 □其他
聯絡電話		**是否同住**	□是 □否
目前診斷狀況	□尚未就醫評估 □已就醫但尚未確診 □已確診失智症 □不清楚		

轉介日期		轉介單位	
單位類別	□衛生局／衛生所 □醫療院所／共照中心 □長照體系／A 單位		
其他單位	□社政 □警政 □區公所／里辦公處 □社區／失智據點 □民間團體 □其他：_____		
聯絡電話		E-mail	
開案與否由本中心勾選 □ 開案 □ 不開案 原因: _____			

桃園市失智管理整合中心 電話:(03)378-0288 傳真:(03)378-0282 Mail:dementia820@gmail.com