

## 罕見疾病照護服務結案紀錄單

|          |   |    |       |   |      |
|----------|---|----|-------|---|------|
| 姓 名      |   |    | 身分證字號 |   |      |
| 與罕見疾病人關係 | <input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 母親 <input type="checkbox"/> 3. 父親 <input type="checkbox"/> 4. 兄 <input type="checkbox"/> 5. 弟 <input type="checkbox"/> 6. 姐 <input type="checkbox"/> 7. 妹<br><input type="checkbox"/> 8. 其他: _____   |    |       |   |      |
| 罕病名稱     |   |    | 性 別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |      |
| 結案日期     | 年            月            日   |    |       |   |      |
| 服務過程摘要   | 序號  | 日期 | 服務人員  | 服務方式  | 處置摘要 |
|          | 1   |    |       |   |      |
|          | 2   |    |       |   |      |
|          | 3   |    |       |   |      |
|          | 4   |    |       |   |      |
|          | 5   |    |       |   |      |
|          | 6   |    |       |   |      |
|          | 7   |    |       |   |      |
|          | 8   |    |       |   |      |
|          | 9   |    |       |   |      |
|          | 10  |    |       |   |      |
|          | 11  |    |       |   |      |
|          | 12  |    |       |   |      |
| 結案說明     | <p>一、結案原因：</p> <input type="checkbox"/> 1. 個案需求已獲滿足，個別化服務計畫目標已達成<br><input type="checkbox"/> 2. 現行需求已非屬服務範圍予以轉介: _____<br><input type="checkbox"/> 3. 因故遷居已非屬服務區域予以轉介: _____<br><input type="checkbox"/> 4. 持續無法取得聯繫達3個月<br><input type="checkbox"/> 5. 因住院或出國暫停服務<br><input type="checkbox"/> 6. 個案死亡，日期: _____<br><input type="checkbox"/> 7. 個案主動提出中止服務，中止日期: _____<br><input type="checkbox"/> 8. 其它: _____ |    |       |   |      |
|          | <p>二、說明：</p>  |    |       |   |      |

專案主管:

個管師:

(經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應)