

附件 6、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	☐ 1. 本人 ☐ 2. 母親 ☐ 3. 父親 ☐ 4. 兄 ☐ 5. 弟 ☐ 6. 姐 ☐ 7. 妹 ☐ 8. 其他: _____					
罕病名稱				性 別	☐ 男 ☐ 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	一、結案原因： ☐ 1. 個案需求已獲滿足，個別化服務計畫目標已達成 ☐ 2. 現行需求已非屬服務範圍予以轉介: _____ ☐ 3. 因故遷居已非屬服務區域予以轉介: _____ ☐ 4. 持續無法取得聯繫達 3 個月 ☐ 5. 因住院或出國暫停服務 ☐ 6. 個案死亡，日期: _____ ☐ 7. 個案主動提出中止服務，中止日期: _____ ☐ 8. 其它: _____					

專案主管：

個管師：

（經費由國民健康署運用於品健康福利捐支應）