

關懷訪視相關表件- (平日) 關懷訪視紀錄表

基本資料	姓名		出生	民國(前) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號		電話	()	健保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	身份別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶老人 <input type="checkbox"/> 獨居老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙者(輕、中、重、極重度) <input type="checkbox"/> 其他_____				
	常用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他				
	同住者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，共_____人(_____)				
	現住地址					
	緊急聯絡人	姓名： 關係：	電話：	可連絡 之家屬	姓名： 關係：	電話：
	住宅情形	<input type="checkbox"/> 平房 <input type="checkbox"/> 二樓以上透天住家 <input type="checkbox"/> 公寓				
關懷訪視	時間	居家環境	健康狀況	就醫情形	提供服務	訪視者簽名
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
	月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 整潔乾淨 <input type="checkbox"/> 零亂 <input type="checkbox"/> 骯髒 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 感冒症狀 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 就醫頻率_____天一次 <input type="checkbox"/> 診所 _____ <input type="checkbox"/> 就醫原因 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 陪同聊天 <input type="checkbox"/> 量血壓 <input type="checkbox"/> 整理居家環境 <input type="checkbox"/> 其他 _____	