

**彰化縣身心障礙者生涯轉銜暨 ICF 個案管理服務中心
通報單**

通報人姓名：_____ 單位名稱：_____ 電話：_____

通報人身分：衛政人員教育人員公家社政人員村里長村里幹事勞政人員警消人員
戶政人員需求評估中心親友民間社福人員自行求助其他：_____

通報回覆方式：傳真回覆，傳真電話：_____ E-mail 回覆，E-mail：_____

填表人：_____ 填表日期：_____ 受理通報日期：_____ (由受理通報社工填寫)

服務使用者基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
	身分證字號		身障證明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	聯絡電話	
	聯絡人		關係		聯絡電話	
	戶籍地址					
	居住地址					
	障礙類別	<input type="checkbox"/> 舊制： <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 聲音及語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇 <input type="checkbox"/> 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 慢性精神疾病 <input type="checkbox"/> 重器障_____ <input type="checkbox"/> 多重障礙：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
		<input type="checkbox"/> 新制(代碼)：ICF 編碼【 _____ 】/ICD 診斷【 _____ 】				
		<input type="checkbox"/> 第一類： <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇 <input type="checkbox"/> 語障				
		<input type="checkbox"/> 第二類： <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙				
		<input type="checkbox"/> 第三類： <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙者				
	<input type="checkbox"/> 第四類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-心臟 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-造血機能 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-呼吸器官					
	<input type="checkbox"/> 第五類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-吞嚥機能 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-胃 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-腸道 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-肝臟					
	<input type="checkbox"/> 第六類： <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-腎臟 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者-膀胱					
	<input type="checkbox"/> 第七類： <input type="checkbox"/> 肢體障礙者					
	<input type="checkbox"/> 第八類： <input type="checkbox"/> 顏面損傷者					
	<input type="checkbox"/> 其 他： <input type="checkbox"/> 多重障礙者 <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染異、先天代謝異常、先天缺陷）					
障礙等級	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 疑似					
特殊身份	<input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶__款 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 重大傷病_____ <input type="checkbox"/> 新住民____國籍 <input type="checkbox"/> 其他____ <input type="checkbox"/> 無					
需協助項目	<input type="checkbox"/> 醫療及復健 <input type="checkbox"/> 輔具 <input type="checkbox"/> 學校教育 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 個人照顧 <input type="checkbox"/> 居家協助 <input type="checkbox"/> 經濟協助 <input type="checkbox"/> 家庭照顧者支持 <input type="checkbox"/> 安全 <input type="checkbox"/> 參與社會 <input type="checkbox"/> 權益爭取倡導 <input type="checkbox"/> 其他_____					

身心障礙者 需求/問題描 述	建議以五大面向進行敘述： (1)個案現況： (2)家庭成員及關係： (3)案家使用資源： (4)個案需求： (5)個案所遭遇困境：
家系暨 生態圖	
*建議事項	

受理通報處理回覆單					
姓名		評估日期		評估方式	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 家訪 <input type="checkbox"/> 其他
處理情形	<input type="checkbox"/> 受案：主責個管員-_____ <input type="checkbox"/> 不受案：				
個管員		督導		回覆日期	

☐通報方式：

一、請根據個案居住地傳真、郵寄或 E-mail 至下列單位：

二、個案若為機構需求請依個案戶籍地傳真、郵寄或 E-mail 至下列單位：

彰化縣南區	彰化縣北區
身心障礙者生涯轉銜暨 ICF 個案管理服務中心	身心障礙者生涯轉銜暨 ICF 個案管理服務中心
■單位：財團法人伊甸社會福利基金會 ■電話：8837406 ■傳真：8837408 ■地址：彰化縣田尾鄉北曾村福德巷 343 號 3 樓 ■服務鄉鎮： 員林市、永靖鄉、社頭鄉、田尾鄉、田中鎮、	■單位：社團法人中華民國微光社會福利協會 ■電話：7222705 ■傳真：7228166 ■地址：彰化市中山路二段 918 號 ■服務鄉鎮： 彰化市、秀水鄉、花壇鄉、芬園鄉、大村鄉、

北斗鎮、二水鄉、溪州鄉、埤頭鄉、竹塘鄉、
大城鄉、芳苑鄉、二林鎮、埔心鄉

■信箱：eden378378@gmail.com

溪湖鎮、埔鹽鄉、福興鄉、鹿港鎮、和美鎮、
線西鄉、伸港鄉

■信箱：icfiors_tzsh@outlook.com