|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **生日** | | | **民國\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_日** |
| **性別** |  | **身分證字號** | | |  |
| **\*長照等級** | **(必填，無則寫無)** | | | | |
| **個人手機** |  | **住家電話** | | |  |
| **住家地址** |  | | | | |
| **緊急聯絡** | **聯絡人姓名:**  **聯絡人之電話/手機:**  **您與連絡人之關係:** | | | | |
| **使用語言** | **□國語 □台語 □客家語 □原住民語 □其它:\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **信仰** | **□無 □佛教 □道教 □基督教 □天主教 □回教**  **□其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **教育程度** | **□不識字 □識字，但未曾就學 □國小 □國中 □高中**  **□大專 □研究所以上 □特教班-國小□特教班-國中**  **□特教班-高中 □其它:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **過去職業** | **至少填寫一種** | | | | |
| **興趣專長** | **至少填寫一種** | | | | |
| **身分別** | **□低收入戶 □中低收入戶 □一般戶老人 □榮民**  **□獨居老人 □身心障礙者(□輕度□中度□重度□極重度)** | | | | |
| **婚姻狀況** | **□未婚 □已婚 □離婚 □分居 □喪偶 □其它:\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **家居狀況** | **□長期獨居 □配偶同住 □子女同住 □子女家輪流住**  **□親友或孫代子女 □其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **住屋狀況** | **□自有 □租賃 □借住 □臨時住屋** | | | | |
| **兒子**  **(人數)** |  | | **女兒**  **(人數)** | |  |
| **過去病史**  **及**  **目前最新健康狀況**  **(\*請務必詳實填寫)** | **□目前服用藥物: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□過敏藥物/食物: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□高血壓 □糖尿病 □心臟病:**  **□失智症等級: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□眼部疾病: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□腎臟疾病: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□骨與關節疾病: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□肝臟疾病: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□肺部疾病: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□腸胃疾病: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□其他疾病: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **輔助器材** | **□無 □助聽器 □輪椅 □助行器 □柺杖**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **主述希望**  **提供的服務** | **□電話問安 □共餐服務 □社會參與 □健康促進活動** | | | | |
| **國民身分證正面影本** | | | | **國民身分證背面影本** | |

--------**身心障礙證明或特殊明相關文件影印本浮貼線**------

(**114年未繳交及相關證明於本期過期者，必須附上相關文件**)

**※請於選填的時段前方空格打勾**

**※請詳閱簡章之據點服務課程及共餐選填登記注意事項**

1. 選課資料

1.參加全天班:

□週一 □週二 □週三 □週四 □週五

□中午用餐 □中午不用餐

2.參加半天班

□週一\_早上 □週一\_下午

□週二\_早上 □週二\_下午

□週三\_早上 □週三\_下午

□週四\_早上 □週四\_下午

□週五\_早上 □週五\_下午

2.個人基本資料更新狀況

□本期無須變更 □本期需要變更

以上資料確實填寫無誤，請於此簽名蓋章:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

※符合長期照顧十年計畫2.0服務對象依簡章所述之弱勢身分者，可選填登記5日課程，所選課程**必須「參加2日以上健康促進運動相關課程」**，才能選填該日中午共餐。

**個人基本資料使用同意書**

本人（甲方）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同意並授權（乙方）**臺中市太平區衛生所**， 拍攝、修飾、使用、公開展示及調查研究甲方之參與據點活動之相關資料，由乙方使用於臺中市政府機關及臺中市太平區衛生所之相關活動，並於相關學術研究、成果發表、公開媒體等呈現使用。

本人同意上述著作（含授權之肖像），乙方保有完整著作權。

立同意書人

甲方：

電話：

乙方：**臺中市太平區衛生所**

電話：(04)23938083

住址：411臺中市太平區中山路一段213之1號

**中華民國 114 年 10 月 01 日**