

114 年度臺中市太平區衛生所 C 據點長照站(醫事 C)

第 4 期基本資料表

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	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其它:_____		
信仰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 回教 <input type="checkbox"/> 其它_____		
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字, 但未曾就學 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 特教班-國小 <input type="checkbox"/> 特教班-國中 <input type="checkbox"/> 特教班-高中 <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 獨居老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙者(<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度)		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其它:_____		

114 年度臺中市太平區衛生所 C 據點長照站(醫事 C)

第 4 期基本資料表

家居狀況	<input type="checkbox"/> 長期獨居 <input type="checkbox"/> 配偶同住 <input type="checkbox"/> 子女同住 <input type="checkbox"/> 子女家輪流住 <input type="checkbox"/> 親友或孫代子女 <input type="checkbox"/> 其它_____		
住屋狀況	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 目前服用藥物: _____ <input type="checkbox"/> 過敏藥物/食物: _____ <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病: <input type="checkbox"/> 失智症等級: _____ <input type="checkbox"/> 眼部疾病: _____ <input type="checkbox"/> 腎臟疾病: _____ <input type="checkbox"/> 骨與關節疾病: _____ <input type="checkbox"/> 肝臟疾病: _____ <input type="checkbox"/> 肺部疾病: _____ <input type="checkbox"/> 腸胃疾病: _____ <input type="checkbox"/> 其他疾病: _____		
輔助器材	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 其他_____		
主述希望 提供的服務	<input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 共餐服務 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 健康促進活動		

114 年度臺中市太平區衛生所 C 據點長照站(醫事 C)

第 4 期基本資料表

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)

114 年度臺中市太平區衛生所 C 據點長照站(醫事 C)

第 4 期基本資料表

※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

一、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。

114 年度臺中市太平區衛生所 C 據點長照站(醫事 C)

第 4 期基本資料表

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 1 1 4 年 1 0 月 0 1 日