

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	<input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 母親 <input type="checkbox"/> 3. 父親 <input type="checkbox"/> 4. 兄 <input type="checkbox"/> 5. 弟 <input type="checkbox"/> 6. 姐 <input type="checkbox"/> 7. 妹 <input type="checkbox"/> 8. 其他: _____				
罕病名稱			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<p>一、結案原因：</p> <input type="checkbox"/> 1. 個案需求已獲滿足，個別化服務計畫目標已達成 <input type="checkbox"/> 2. 現行需求已非屬服務範圍予以轉介: _____ <input type="checkbox"/> 3. 因故遷居已非屬服務區域予以轉介: _____ <input type="checkbox"/> 4. 持續無法取得聯繫達3個月 <input type="checkbox"/> 5. 因住院或出國暫停服務 <input type="checkbox"/> 6. 個案死亡，日期: _____ <input type="checkbox"/> 7. 個案主動提出中止服務，中止日期: _____ <input type="checkbox"/> 8. 其它: _____				
	<p>二、說明：</p>				

專案主管:

個管師:

(經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應)