



財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會
到宅沐浴服務申請單

申請日期： 年 月 日

(打*為必填欄位，請配合填妥)

壹、 需要服務者基本資料	* 姓名		* 年齡		* 性別	
	* 聯絡電話			身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶	
	* 居住地址					
	是否聘有看護	<input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中(<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍)				
貳、 健康資料	意識狀況	<input type="checkbox"/> 1. 清醒 <input type="checkbox"/> 2. 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3. 昏迷 <input type="checkbox"/> 4. 混亂 <input type="checkbox"/> 5. 其他：_____				
	疾病史	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 心臟病 <input type="checkbox"/> 3. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 4. 高血壓 <input type="checkbox"/> 5. 中風 <input type="checkbox"/> 6. 其他：_____				
	管 路	<input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 有：_____ (註明管路名稱、部位)				
	呼 吸 狀 況	<input type="checkbox"/> 1. 不需使用氧氣 <input type="checkbox"/> 2. 使用氧氣(1. <input type="checkbox"/> 可暫時移除氧氣 2. <input type="checkbox"/> 無法移除氧氣) 使用氧氣類型 1. <input type="checkbox"/> 鼻導管 2. <input type="checkbox"/> 氧氣罩 3. <input type="checkbox"/> 其他_____				
	皮 膚 狀 況	1. <input type="checkbox"/> 正常 2. <input type="checkbox"/> 異常 (1) <input type="checkbox"/> 過度乾燥有皮屑 (2) <input type="checkbox"/> 瘀青 (3) <input type="checkbox"/> 疹子 (4) <input type="checkbox"/> 傷口 (部位：__ 大小：__ 深度：__ 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____) (5) <input type="checkbox"/> 其他：_____				
參、 住家情況	住屋形式	<input type="checkbox"/> 1. 公寓 (居住樓層____樓 <input type="checkbox"/> 有電梯 <input type="checkbox"/> 無電梯) <input type="checkbox"/> 2. 獨棟 <input type="checkbox"/> 3. 三合院 <input type="checkbox"/> 4. 其他_____				
	居住安排	<input type="checkbox"/> 1. 獨居 <input type="checkbox"/> 2. 固定與家屬同住(<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 其他_____) <input type="checkbox"/> 3. 輪流與家屬同住				
備註	是否還有其他的事情，想要提醒服務人員？					



財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會
到宅沐浴服務申請單

*肆、主要聯絡人資料	姓 名		與需要服務者關係	
	聯 絡 電 話		手 機	
	居 住 地 址			

*伍、填寫本申請書之人員資料	姓 名		與需要服務者關係	
	服 務 單 位	(如填寫本申請之人員身份為公部門、民間社福團體者，請填妥本欄位)		
	聯 絡 電 話		手 機	
	通 訊 地 址			

◎本表填妥後，請傳真至(05)277-4820，或 E-Mail 至 stmshower@stm.org.tw

並請於傳真或 E-Mail 申請書後，請來電確認告知，謝謝。

◎本會聯絡電話：05-2780040 分機 3301、3219

◎注意事項：因本服務有部分共用物品，基於個案生命安全，凡使用到宅沐浴服務，如有任何具傳染性疾病傳染之虞者皆無法提供服務。

(以下欄位由本會到宅沐浴服務評估人員填寫)

受理評估者			
初次電訪時間	年 月 日	約定家訪時間	年 月 日
評估結果	<input type="checkbox"/> 可收案提供服務 <input type="checkbox"/> 無法收案提供服務 原因：_____		

1.此表填妥後，請傳真或 E-mail 至本會，並請再來電確認告知。

2.聯絡方式

聯絡地址：600 嘉義市民權路 60 號 5 樓

聯絡電話：05-2780040 # 3301、3219、3220

傳真電話：05-2774820

E-mail：stmshower@stm.org.tw