

〈서식 9-1〉 지역사회서비스 의뢰서 I

지역사회서비스 의뢰서 I

※ 기관에 연계를 위하여 서면의뢰 시 작성

의뢰하는 기관						
의뢰 받는 기관	형태	<input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 지역장애인보건의료센터 <input type="checkbox"/> 케어안내창구 <input type="checkbox"/> 복지기관 ¹⁾ <input type="checkbox"/> 기타 ²⁾				
	기관명					
	주소	시(도)	구(군)	동(면) 까지만 기재		
기본 사항	성명 / 성별			생년월일	년 월 일 (만 세)	
	전화 번호	환자			보호자	
	행정 주소지					
	퇴원 후 거주지					
	장애등록	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (<input type="checkbox"/> 중증 <input type="checkbox"/> 경증) <input type="checkbox"/> 진행중 <input type="checkbox"/> 신청예정				
	장기요양등급	<input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 신청 (<input type="checkbox"/> 신청예정 <input type="checkbox"/> 진행 중 <input type="checkbox"/> 완료 : 등급) <input type="checkbox"/> 기 등급자 : 등급 <input type="checkbox"/> 추후 재 의뢰				
가구 및 돌봄	돌봄제공자	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 가족(관계:) <input type="checkbox"/> 유급 간병인 <input type="checkbox"/> 요양보호사 <input type="checkbox"/> 기타(관계:)				
	가구형태	<input type="checkbox"/> 1인가구 <input type="checkbox"/> 부부가구 <input type="checkbox"/> 자녀동거 <input type="checkbox"/> 기타()				
건강 수준	진단명			발병일	년 월 일	
	만성질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
	인 지 (MMSE)	() / 30점				
	통 증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(부위:) <input type="checkbox"/> 간헐적 <input type="checkbox"/> 지속적				
	피 부	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 욕창(부위: 단계:)				
	보행능력	<input type="checkbox"/> 완전자립 <input type="checkbox"/> 도움필요 <input type="checkbox"/> 걷지 못함				
	보조기구	<input type="checkbox"/> 도보 <input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 보행기 <input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 기타()				
	화장실 사용하기	<input type="checkbox"/> 화장실 (<input type="checkbox"/> 완전독립 <input type="checkbox"/> 도움필요) <input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 이동식변기 <input type="checkbox"/> 기타()				

	식사 하기	기능	<input type="checkbox"/> 완전독립	<input type="checkbox"/> 도움필요	<input type="checkbox"/> 행위 발생 안함
		연하 장애	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
대상자 요구 사항					
보호자 요구 사항					
희망 서비스 (중복 선택 가능)	<input type="checkbox"/> 조기적응프로그램		<input type="checkbox"/> 장애이해하기 <input type="checkbox"/> 일상생활 동작관리 <input type="checkbox"/> 장애별 자가관리 프로그램 등		
	<input type="checkbox"/> 장애인 재활운동 프로그램		<input type="checkbox"/> 관절운동, 근력운동 <input type="checkbox"/> 보행운동 <input type="checkbox"/> 2차 장애관리 프로그램 등		
	<input type="checkbox"/> 장애인 사회참여 서비스		<input type="checkbox"/> 장애별 자조모임 <input type="checkbox"/> 동료상담 <input type="checkbox"/> 보호자 교육 및 가족 소모임 등		
	<input type="checkbox"/> 자원연계 서비스		<input type="checkbox"/> 가옥내 편의시설 지원서비스 <input type="checkbox"/> 보건소 내 연계서비스 등(방문, 금연, 절주 비만 등)		
	<input type="checkbox"/> 기타				
첨부서류 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 개인정보제공동의서		<input type="checkbox"/> 기능평가결과	<input type="checkbox"/> 기타 ()	
<p style="text-align: center;">상기인을 귀 기관에 의뢰하오니 적극 협조 부탁드립니다.</p> <p>의뢰일: 년 월 일</p> <p style="text-align: right;">담당자 _____ (연락처:)</p>					
<p style="text-align: center;">상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 연계 계획에 동의합니다.</p> <p style="text-align: right;">환자 성명 _____ (서명:)</p>					

- 1) 복지기관 : 종합사회복지관, 노인복지관, 노인복지센터, 장애인 복지관, 재활센터, 주야간보호, 단기보호 시설, 장애인 스포츠센터
- 2) 기타 : 복지기관을 제외한 민간서비스단체 등