

〈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()				

