

附件 1

基隆市疑似身心障礙者通報單

通報案號				通報日期	年 月 日
案主姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身份證號碼		電話		手機號碼	
戶籍地址					
通訊地址					
監護人姓名		與案主關		電話	
				手機號碼	
聯絡人姓名		與案主關		電話	
				手機號碼	
障礙類別	<input type="checkbox"/> 1. 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 2. 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 3. 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 4. 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 5. 智能障礙 <input type="checkbox"/> 6. 多重障礙：_____ <input type="checkbox"/> 7. 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 8. 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 9. 植物人 <input type="checkbox"/> 10. 失智症 <input type="checkbox"/> 11. 自閉症 <input type="checkbox"/> 12. 染色體異常 <input type="checkbox"/> 未領冊 <input type="checkbox"/> 13. 代謝異常 <input type="checkbox"/> 14. 先天性缺陷 <input type="checkbox"/> 15. 慢性精神疾病 <input type="checkbox"/> 16. 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 17. 頑性癲癇症 <input type="checkbox"/> 18. 罕見疾病				
障礙等級	<input type="checkbox"/> 0. 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 1. 極重度 <input type="checkbox"/> 2. 重度 <input type="checkbox"/> 3. 中度 <input type="checkbox"/> 4. 輕度				
目前最迫切需求	請註明案主（家）需求之優先順序： <input type="checkbox"/> 1. 醫療及心理復健 <input type="checkbox"/> 2. 學校教育 <input type="checkbox"/> 3. 工作協助 <input type="checkbox"/> 4. 機構照顧服務 <input type="checkbox"/> 5. 經濟補助 <input type="checkbox"/> 6. 居住服務 <input type="checkbox"/> 7. 輔具協助 <input type="checkbox"/> 8. 家庭支持服務 <input type="checkbox"/> 9. 權益爭取倡導服務 <input type="checkbox"/> 10. 其他：				
疑似身心障礙狀況與問題陳述：					
處理方式/建議：					
案主接受服務意願： <input type="checkbox"/> 意願高 <input type="checkbox"/> 意願低					
家屬接受服務意願： <input type="checkbox"/> 意願高 <input type="checkbox"/> 意願低					
通報單位				聯絡電話	電話： 傳真：
通報人				與案主關係	

