嘉義縣疑似失智個案通報單

1. 通報日期: 年 月 日
2. 通報人: 電話： 住址:

三、通報疑似失智個案情形:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生日期 | | | 年 月 日 | 性 別 | □男 □女 |
| 居住地址 |  | | | | | 電話 |  |
| 居住狀態 | ⬜ 獨居 ⬜ 同住家屬 | | | | | | |
| 聯絡人 |  | | 關係 |  | | 電話 |  |
| 個案問題及症狀摘述  (可複選) | ⬜變得健忘，特別是剛忘記的事 ⬜視覺影像和空間關係無法理解  ⬜無法勝任原本熟悉的事務 ⬜失去回頭尋找物品的能力  ⬜言語表達、溝通、書寫困難 ⬜不尋常憂鬱、焦慮、機動反應  ⬜對時間、地點常常感到混淆 ⬜計畫事情或解決問題有困難  ⬜判斷力變差或減弱 ⬜退出職場 | | | | | | |
| \*請將本通報單傳真至長期照顧管理中心，傳真電話3621138或撥打  3620600轉280趙小姐 | | | | | | | |

----------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通報回覆聯 | | | | |
| 鄉親你好  非常感謝您熱心協助通報疑似失智症狀者，我們將盡快協助個案做評估，倘經醫師診斷「失智」確診後，我們將會送您法蘭絨毛毯乙件。  若有任何問題請洽嘉義縣長期照顧管理中心，電話3620600轉280趙小姐或撥打1966洽詢。  再次非常感謝您的熱心協助! | | | | |
| 接受通報  單位 | 嘉義縣長期照顧管理中心 | 接受通報人  簽章 | 處理情形 | ⬜安排轉介 失智共照中心  結果⬜失智確診  ⬜未確診-原因:  ⬜其他 |