



財團法人罕見疾病基金會

114 年北區到宅復健指導服務報名簡章

本會為了提升罕病病友居家生活品質及降低照顧者照護壓力，提供免費到宅復健指導服務。由專業人員（物理、職能、語言治療師），採用個別化的方式，針對病友及家屬設計適切的居家復健活動，以及提供輔具、無障礙空間建議，期待改善身體不適，減緩身體功能退化，促進生活獨立。只需填寫申請表，我們將盡快與您聯繫！

★服務對象：居住於基隆市、台北市、新北市、桃園市之本會病友，因人力、交通等限制不便外出復健者優先。

★服務方式：經本會訪視評估了解實際需求之後，由治療師至家中指導照顧者復健知能，每案提供 6~8 次服務或依治療師評估而定。

★洽詢專線：(02)2521-0717 分機 155 醫療服務組 汪俐穎

傳真電話：(02)2567-3560

E-mail: ms17@tfrd.org.tw

地址：104610 台北市中山區長春路 20 號 6 樓

病友姓名	疾病名稱	
申請人姓名	☐ 病友本身 ☐ 家屬，與病友關係_____	
聯絡電話	(住家)	(手機)
住家地址		
就醫資訊	_____醫院/ _____科別/ _____醫師	
病友資料 年齡：_____ 使用輔具： ☐ 無 ☐ 有_____ 語言： ☐ 正常 ☐ 輕度溝通障礙 ☐ 無溝通能力 行走： ☐ 獨立 ☐ 協助下可完成 ☐ 無行走能力		主要照顧者資料 年齡：_____ 職業：_____ 與病友關係：_____ 雇請外傭： ☐ 無 ☐ 有
預約時段：星期____， ☐ 上午 ☐ 下午。 ★請至少填寫兩個時段，以利安排訪視。		
需求項目： ☐ 復健技巧指導(☐ 物理 ☐ 職能 ☐ 語言) ☐ 無障礙環境改善建議 ☐ 輔具建議與訓練		
對到宅復健的期待： 		
轉介緣由及建議：(本欄由基金會工作人員填寫)		
轉介人員：_____ 日期：____年__月__日		