

_____ (院所) 支援 _____ (照護機構) 執行復健治療計畫表〈總表〉

109.10.27

院所代號：

院所名稱：

照護機構代號：

照護機構名稱：

編號	姓名	性別	身分證字號	出生日期 (西元格式)	入住日期	發病日期	主診斷碼	主診斷中文	個案病情評估及 復健治療計畫	申請醫令代碼及 中文名稱	病患需求 (維持型/ 促能型)	頻率 (每週幾次)	規劃治療期間 (以週計算)
									請依附表 填列				

填表說明：

1. 一格僅填寫一筆資料，請勿一格內填寫數筆醫令代碼或治療項目。
2. 維持型：維持重要器官功能及維繫生命
 促能型：提升個案生活功能、減少照顧成本，使個案生活恢復至可參與所重視之日常活動

審查醫師簽章：

