

社團法人台灣社會心理復健協會
自立生活行動計畫
接案評估表

表單 0_1

服務編號		晤談人員		晤談日期	年 月 日
姓名		出生年	年 月	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
(1) 持有證明	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明，請續填(2)持有類別、(3)障礙等級 <input type="checkbox"/> 持有重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 持有精神疾病診斷證明，請說明：_____				
(2) 障礙類別	(可複選) (一)第一類神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 智能障礙者 <input type="checkbox"/> 自閉症者 <input type="checkbox"/> 其他，請說明： (二)其他類別，請說明：_____			(3) 障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
(4) 戶籍地(縣市/區)	例如:台北市/大同區				
(5) 通訊/居住地址					
(6) 居住情況:	<input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 與朋友同住 <input type="checkbox"/> 獨自居住 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 租屋) <input type="checkbox"/> 居住康復之家，名稱：_____				
	<input type="checkbox"/> 居住社區家園，名稱：_____				
	<input type="checkbox"/> 住醫院中，醫院名稱：_____				
	預計出院日期： 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____				

