

# 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

## 轉出醫院之個案病況及轉銜確認報告書

<b>急性醫療醫院</b>	個案姓名		急性醫療醫院名稱	大林慈濟醫院	
	生日		身分證字號		
	發病日		填表日		
	住院日		急性期主要處置(手術)		
	核心量表	面向		分數	備註
		1. 整體功能狀態			
		2. 基本日常生活功能			
		3. 吞嚥、進食功能			
	4. 營養評估				
	治療方向建議	功能群組： <input type="checkbox"/> 高強度復健 <input type="checkbox"/> 一般強度復健			
治療種類： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療					
<b>急性後期照護醫院</b>	院所名稱	大林慈濟醫院	電話或傳真	05-2648000	
	處理情形	已安排至本院接受住院治療			
	診治醫師簽章		回覆日期		
急性醫療醫院簽章	大林慈濟醫院	病患或家屬簽名確認			
急性後期照護醫院簽章	大林慈濟醫院				