

## 居家支援服務 (IHSS) 計劃 陪同醫療約見

日期:

領受者姓名:

個案號碼:

尊敬的持牌醫療保健專業人員:

該名病患 / 居家支援服務 IHSS 計劃領受者表示, 他/她需要協助才能赴約就醫. 我們要求你在此份表格上說明該名病患在一年之內 (每週, 每月, 每半年, 等等.) 就醫的次數以及這些看診約見通常的持續時間 (15, 20, 30, 60 分鐘).

當在目的地需要領受者在場時, 居家支援服務 IHSS 的服務提供人員可以提供交通方面的協助, 並且這些協助是必要的, 以往返與醫生, 牙醫以及其他保健從業人員的預約看診. 醫療陪同並非用於運送領受者至醫療設施的目的, 而只有在領受者需要協助往返看診地點才能獲得授權.

為了協助社會工作人員評估這項服務, 請填寫以下資訊, 並且交回給縣政府辦事處.

主要保健醫師和職稱:	電話號碼:	簽署姓名 / 日期:
看診種類:	每年赴約的次數:	看診所需的時間:

其他醫療服務提供人員:	電話號碼:	簽署姓名 / 日期:
看診種類:	每年赴約的次數:	看診所需的時間:

其他醫療服務提供人員:	電話號碼:	簽署姓名 / 日期:
看診種類:	每年赴約的次數:	看診所需的時間:

交回給: (縣政府福利部)  
(附加縣政府的地址)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_