**社團法人中華民國多發性硬化症協會轉介單**

**轉介日期: 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轉介**  **單位** | □＿＿＿＿＿政府社會局社工科  □醫療院所\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □其他機構\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | **轉介社工** | |  | |
| **聯絡電話** | |  | |
| **案主**  **姓名** |  | | | **性別** | □男□女 | | **出生日期** | | 年 月 日 | **身障手冊** | | □是 □否 | |
| **身份證字號** |  | | | **聯絡地址** |  | | | | | | | | |
| **案主聯絡電話** |  | | | | （如案主不願意與本會聯絡，案主聯絡電話可不提供） | | | | | | | | |
| **個案簡述及**  **轉介需求** | 個案需求：  病情狀況簡逑：  家庭狀況簡述：  就醫醫院：　　　　　　　　　　　　主治醫師： | | | | | | | | | | | | |
| **個 案 轉 介 回 覆 單** | | | | | | | | | | | | | |
| **處理社工員** | | |  | | | **所屬區域** | |  | | | **回覆**  **日期** | | 年 月 日 |
| **處理情形** | | 處理情形：   * 開案處裡。 * 轉介其他單位，受理轉介單位：   □ 無需提供服務，原因： | | | | | | | | | | | |