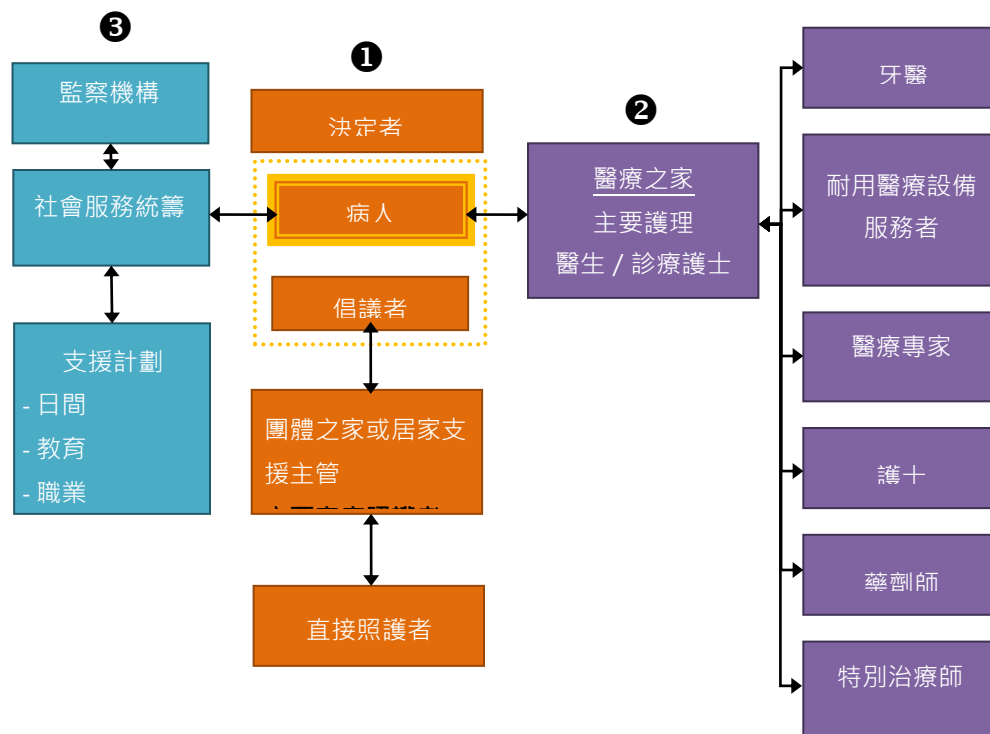




科際健康護理團隊表格



① 病人治療

姓名	需要	電話	傳真	HIPAA 透露
病人:				☐
法律決定者:	☐			☐
倡議者:	☐			☐
另一倡議者:	☐			☐
團體之家主管:				☐
直接照護者:				☐
直接照護者:				☐
主要家庭照護者:				☐
直接照護者:				☐
直接照護早:				☐
居家支援主管:				☐
直接照護者:				☐
直接照護者:				☐
直接照護者:				☐

② 醫療之家

名稱	電話	傳真	HIPAA 透 露？
地點名稱:			☐
主要醫生 / 診療護士:			☐
主要聯絡:			☐

醫療專家

姓名	電話	傳真	HIPAA 透 露？
臨床工作者: 專科:			☐
臨床工作者: 專科:			☐
臨床工作者: 專科:			☐
臨床工作者: 專科:			☐
臨床工作者: 專科:			☐

藥劑師

姓名	電話	傳真	HIPAA 透 露？
藥房: 機構:			☐

牙醫

姓名	電話	傳真	HIPAA 透 露？
服務者: 機構:			☐
主要聯絡:			☐

特別治療師和其他健康護理者

姓名	電話	傳真	HIPAA 透 露？
服務者: 機構:			☐
服務者: 機構:			☐
服務者: 機構:			☐
服務者: 機構:			☐

耐用醫療設備服務者

姓名		電話	傳真	HIPAA 透 露？
服務者:	機構:			☐
服務者:	機構:			☐

③ 社會服務

社會服務機構

名稱	電話	傳真	HIPAA 透 露？
機構:			☐
個案統籌:			☐
監察機構:			☐

日間計劃

名稱	電話	傳真	HIPAA 透 露？
日間計劃:			☐
日間計劃聯絡人:			☐
監察機構:			☐

教育

名稱	電話	傳真	HIPAA 透 露？
教育計劃 / 學校:			☐
教育計劃 / 學校聯絡人:			☐
監察機構:			☐

職業計劃

名稱	電話	傳真	HIPAA 透 露？
職業計劃:			☐
職業計劃聯絡人:			☐
監察機構:			☐

其他支援計劃

名稱	電話	傳真	HIPAA 透 露 ?
計劃:			☐
計劃聯絡人:			☐
監察機構:			☐

Revised: 11.8.13



Office of Primary Care · UCSF Department of Family and Community Medicine
500 Parnassus Avenue, MUE318, Box 0900 · San Francisco, CA 94143
tel: (415) 476-4641 · email: odpc@fcm.ucsf.edu · <http://odpc.ucsf.edu>