罕見疾病物流中心特殊營養食品季配送後續電話關懷檢核表

電訪日期：　　年　　月　　日		
符合關懷條件：□新案　□轉換營養品　□季/年申請量較原來增加百分之 50 **□上季申請有異常者　□其他原因，說明_____**		
受訪者：□母親□父親□其他照顧者，說明：_____		
電話關懷內容	**說明**	**備註**
1.請問您收到的營養品的品項和數量為何?	品項：_____ 數量：_____罐	□符合 □不符合 □其他：_____
2.本次收到的營養品外觀是否有破損、凹罐…等情形	□是：品項：_____ _____罐 □否 □其他：_____	
3.請問您家中是否有上次剩餘的營養品	品項：_____ 數量：_____罐	提醒先吃上季寄送的營養品
4.您目前每次(日)食用量為何?		如回復內容與醫院線上填報內容不符,則請回診詢問並轉介申請醫院並追蹤加強
備註： 其他個案反應問題		
□回饋申請醫院或相關照護單位 回饋單位：_____ 日期：_____ □列入下季電話關懷名單		

註 1：年平均成長率：(本季配送量-前四季配送量平均值) / 前四季配送量平均值*100%
註 2：季長率：(本季配送量-上季配送量) / 上季配送量*100%