臺中榮民總醫院

嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療轉介單

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 學校\原就診醫療機構\身心障礙機構 | 基本資料 | 姓名： | 性別： ⬜男 ⬜女 | 出生： 年 月 日**第一聯：由個案攜帶此單至轉介的醫療院所。**  |
| 身分證號： | 聯絡電話：(日) (夜)手機： |
| 聯絡地址： |
| 診斷： |  |  |
|  ⬜精神病 ⬜自閉症 ⬜智能障礙 | ⬜多重類別障礙¹⬜注意力不足過動症(ADHD)⬜學習障礙 |  ⬜發展遲緩 ⬜其他類別障礙² ⬜其他非障礙疾病³ |
| ⬜其他： **註1.多重類別障礙：**例如肢障+情障、腦麻+視障、視障+聽障+智障；自閉症不因智力低下，而判為多重障礙；如有腦麻，也因智能有達到智障標準，應判為多重障礙。**註2.其他類別障礙：**視障、聽障、語障、肢障、腦麻、身體病弱。**註3.其他非障礙疾病：**情緒行為問題、精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患。。 |
| 近況概述： |
| 轉介人員 | 姓名： | 服務單位：  | 電話：傳真： |
| 轉介日期： 年 月 日 | E-mail:  |
| 聯絡地址： |
| 建議轉介學校\機構 | 學校/醫療機構名稱/身心障礙機構名稱：地址：同上⬜ |
| **接受轉介醫療院所** | **處理情形：****⬜已接受門診治療****⬜其他：**  | **院所名稱：****科別：****嚴重情緒行為特別門診** | **診治醫師簽章：** |
| **受理日期： 年 月 日****院所戳章：****電話：****地址：** |

連絡電話:

傳真:

Mail:

地址:

臺中榮民總醫院

嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療轉介單

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 學校\原就診醫療機構\身心障礙機構 | 基本資料 | 姓名： | 性別： ⬜男 ⬜女 | 出生： 年 月 日**第二聯：請原學校\原就診醫療機構Mail或傳真至特別門診之個管師，以利個案後續追蹤。**  |
| 身分證號： | 聯絡電話：(日) (夜)手機： |
| 聯絡地址： |
| 診斷： |  |  |
|  ⬜精神病 ⬜自閉症 ⬜智能障礙 | ⬜多重類別障礙¹⬜注意力不足過動症(ADHD)⬜學習障礙 |  ⬜發展遲緩 ⬜其他類別障礙² ⬜其他非障礙疾病³ |
| ⬜其他： **註1.多重類別障礙：**例如肢障+情障、腦麻+視障、視障+聽障+智障；自閉症不因智力低下，而判為多重障礙；如有腦麻，也因智能有達到智障標準，應判為多重障礙。**註2.其他類別障礙：**視障、聽障、語障、肢障、腦麻、身體病弱。**註3.其他非障礙疾病：**情緒行為問題、精神性疾患、情感性疾患、畏懼性疾患、焦慮性疾患。 |
| 近況概述： |
| 轉介人員 | 姓名： | 服務單位：  | 電話：傳真： |
| 轉介日期： 年 月 日 | E-mail:  |
| 聯絡地址： |
| 建議轉介學校\機構 | 學校/醫療機構名稱/身心障礙機構名稱：地址：同上⬜ |
| **接受轉介醫療院所** | **處理情形：****⬜已接受門診治療****⬜其他：**  | **院所名稱：****科別：****嚴重情緒行為特別門診** | **診治醫師簽章：** |
| **受理日期： 年 月 日****院所戳章：****電話：****地址：** |

連絡電話:

傳真:

Mail:

地址: