表單編號: R0103

第一聯:由個案攜帶此單至轉介的醫療院所。

衛生福利部草屯療養院

嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療轉介單

學	基	姓名:	性別: □男 □女	出生: 年 月 日			
校		身分證號:	聯絡電話:(日)	(夜)			
/			手機:				
原	本	聯絡地址:					
就	7	診斷:	766000000000000000000000000000000000000				
			】多重類別障礙¹ □はまれて只温和庁(ADU)	□發展遲緩			
診		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	□注意力不足過動症(ADH) □學習障礙	D)			
醫酉	資	□其他:					
療	註 1. <u>多重類別障礙</u> :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 :						
機		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。。					
構		近況概述:					
/	料		,				
身		姓名:	服務單位:	電話: 傳真:			
\cup \cup \cup \cup \cup \cup \cup \cup	介	轉介日期:	E-mail:				
यसे	人	年 月 日 聯絡地址:					
障	員	177 (11 7 3 7 11					
礙	學建	學校/醫療機構名稱/身心障礙機構名稱:					
機	校議	`					
	機轉	732					
構	構介			1			
接	處理情形: 院所名稱: 診治醫師簽章: □已接受門診治療						
受	 	接叉门篎冶祭	科別 :				
轉	梣 │ □其他:						
介	受理日	期: 年 月	 日				
醫							
療贮		院所戳章:					
院业	_						
所	地	2址:					

連絡電話:

傳真: Mail: 地址: 表單編號: R0103

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。

衛生福利部草屯療養院

嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療轉介單

學	基	姓名:	性別: □男 □女	出生: 年 月 日		
校		身分證號:	聯絡電話:(日)	(夜)		
/			手機:			
原		聯絡地址:				
小小	本	診斷:				
就		_]多重類別障礙1	□發展遲緩		
診		□知此陪邸 □	注意力不足過動症(ADHD			
豎			學習障礙	□其他非障礙疾病³		
酉	資			聽障+智障;自閉症不因智力低下,而		
療		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。 <u>註 2. 其他類別障礙:</u>		
機		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。				
構		近況概述:				
伸	料					
	轉	姓名:	服務單位:	電話:		
身	介	轉介日期:		傳真:		
Ü	人	等介占朔· 年 月 日 E-mail:				
72	員	聯絡地址:				
障		學校/醫療機構名稱/身心障礙機構名稱:				
礙	_					
機	1 1	地址:同上□				
1#	機轉					
構	構介	T/ •	tiès de la dir •	从以股红领车 。		
接	處理情 □已:	·心· 接受門診治療	院所名稱:	診治醫師簽章:		
受轉		A 26. 4.2.1- M	科別:			
介	□其ℓ	也:				
	受理日	期: 年 月	B			
療	院所戳	· · · ·				
院		(字· (話:				
所	_	4址:				

連絡電話:

傳真: Mail: 地址: