

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

第一聯：由個案攜帶此單至轉介的醫療院所。

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
		身分證號：	聯絡電話：(日) (夜) 手機：	
		聯絡地址：		
		診斷：		
		☐ 精神病 ☐ 多重類別障礙 ¹ ☐ 發展遲緩 ☐ 自閉症 ☐ 注意力不足過動症(ADHD) ☐ 其他類別障礙 ² ☐ 智能障礙 ☐ 學習障礙 ☐ 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：		
學 校 ／ 機 構 ／ 機 構 轉 介	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：		院所名稱：	診治醫師簽章：
	☐ 已接受門診治療 ☐ 其他：_____		科別： 嚴重情緒行為特別門診	
	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	
		身分證號：	聯絡電話：(日) (夜) 手機：		
		聯絡地址：			
		診斷： ☐ 精神病 ☐ 多重類別障礙 ¹ ☐ 發展遲緩 ☐ 自閉症 ☐ 注意力不足過動症(ADHD) ☐ 其他類別障礙 ² ☐ 智能障礙 ☐ 學習障礙 ☐ 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。			
轉 介 人 員	近 況 概 述	近況概述：			
		姓名：	服務單位：	電話： 傳真：	
		轉介日期： 年 月 日	E-mail:		
		聯絡地址：			
學 校 ／ 機 構 轉 介	建 議 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：		院所名稱：	診治醫師簽章：	
	☐ 已接受門診治療		科別： 嚴重情緒行為特別門診		
	☐ 其他：_____				
受理日期： 年 月 日					
院所戳章：					
電話：					
地址：					

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。

連絡電話：

傳真：

Mail：

地址：