

# 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

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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生：	年 月 日	
		身分證號：	聯絡電話：(日) (夜)		手機：	
		聯絡地址：				
		診斷： <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 多重類別障礙 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 注意力不足過動症(ADHD) <input type="checkbox"/> 其他類別障礙 <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 其他非障礙疾病 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 其他：_____				
		<b>註 1. 多重類別障礙：</b> 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。 <b>註 2. 其他類別障礙：</b> 視障、聽障、語障、肢障、腦麻、身體病弱。 <b>註 3. 其他非障礙疾病：</b> 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	身 心 障 礙 機 構	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	建 議 轉 介 機 構	學校/醫療機構名稱/身心障礙機構名稱：				
		地址：同上 <input type="checkbox"/>				
接 受 轉 介 醫 療 院 所	處理情形： <input type="checkbox"/> 已接受門診治療  <input type="checkbox"/> 其他：_____		院所名稱：  科別：		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：

# 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

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。

學 校 ／ 原 就 診 醫 療 機 構 ／ 身 心 障 礙 機 構	基 本 資 料	姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生：	年 月 日	
		身分證號：	聯絡電話：(日) (夜)		手機：	
		聯絡地址：				
		診斷： <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 多重類別障礙 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 注意力不足過動症(ADHD) <input type="checkbox"/> 其他類別障礙 <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 其他非障礙疾病 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 其他：_____				
		註 1. <b>多重類別障礙</b> ：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. <b>其他類別障礙</b> ：視障、聽障、語障、肢障、腦麻、身體病弱。註 3. <b>其他非障礙疾病</b> ：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	學 校 ／ 醫 療 機 構 名 稱 ／ 身 心 障 礙 機 構 名 稱	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/醫療機構名稱/身心障礙機構名稱： 地址：同上 <input type="checkbox"/>						
接 受 轉 介 醫 療 院 所	處理情形： <input type="checkbox"/> 已接受門診治療 <input type="checkbox"/> 其他：_____		院所名稱：  科別：		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：