

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 ¹ <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 ² <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 其他非障礙疾病 ³ <input type="checkbox"/> 其他： _____			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> <p>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。。</p> </div>			
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 — 轉 介	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： 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：049-2550800 轉 3336，兒童青少年精神科 個管師
 草屯療養院-「嚴重情障就醫改善計畫」官方Line: @607lyngj
 Mail: ttpcl61@gmail.com
 地址：南投縣草屯鎮玉屏路 161 號

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 N/E 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 ¹ <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 ² <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 其他非障礙疾病 ³ <input type="checkbox"/> 其他：_____					
	近況概述： <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>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。</p> </div>					
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 — 轉 介	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： 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：049-2550800 轉 3336，兒童青少年精神科 個管師
 草屯療養院-「嚴重情障就醫改善計畫」官方 Line: @607lyngj
 Mail: ttpc161@gmail.com
 地址：南投縣草屯鎮玉屏路 161 號