

# 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

## 嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療轉介單

第一聯：由個案攜帶比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：						
	轉 介 人 員	<input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 智能障礙						
		<input type="checkbox"/> 多重類別障礙 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 注意力不足過動症 (ADHD) <input type="checkbox"/> 學習障礙						
		<input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 其他類別障礙 <sup>2</sup> <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、 田欄林 住處林						
建 議 轉 介	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／機構名稱：		地址：同上 <input type="checkbox"/>						

接 受 轉 介 醫 療 院 所	處理情形：	院所名稱：	診治醫師簽章：
	<input type="checkbox"/> 已接受門診治療  <input type="checkbox"/> 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: (02)6628-9779 轉 3867

Mail: tch42267@tzuchi.com.tw

地址: 231 新北市新店區建國路 289 號

# 嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療轉介單

第二聯：請京學交，京就診，醫寮幾，溝三，或專真至，特別門診之固管師，以利固案後續自縱。

接 受 轉 介 醫 療 院 所	處理情形：	院所名稱：	診治醫師簽章：
	<input type="checkbox"/> 已接受門診治療  <input type="checkbox"/> 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: (02)6628-9779 轉 3867

Mail: tch42267@tzuchi.com.tw

地址: 231 新北市新店區建國路 289 號