

新竹市社區心理衛生中心

職能治療服務轉介單

案號:

轉介日期: / /

*轉介人員填寫

被轉介者資訊	姓名		生理性別	
	出生年月日		連絡電話	
	職業		身分證字號	
	緊急連絡人		緊急連絡人電話	
	與緊急連絡人之關係		ICD 診斷	
	身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 有， <input type="radio"/> 輕度 <input type="radio"/> 中度 <input type="radio"/> 重度 <input type="radio"/> 極重度 <input type="radio"/> 不確定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		

個案概況	<p>被轉介者是否有意願使用職能服務 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>症狀評估</p> <p>1. 情緒：<input type="checkbox"/>無異狀 <input type="checkbox"/>低落 <input type="checkbox"/>高昂 <input type="checkbox"/>緊張焦慮 <input type="checkbox"/>表情冷漠 <input type="checkbox"/>不恰當</p> <p>2. 思考：<input type="checkbox"/>無異狀 <input type="checkbox"/>思考不連貫 <input type="checkbox"/>答非所問 <input type="checkbox"/>語無倫次 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>妄想(<input type="checkbox"/>被害<input type="checkbox"/>關係<input type="checkbox"/>誇大<input type="checkbox"/>色情<input type="checkbox"/>嫉妒<input type="checkbox"/>怪異<input type="checkbox"/>宗教)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>其他_____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>意念(<input type="checkbox"/>傷人<input type="checkbox"/>自傷<input type="checkbox"/>其他_____)</p> <p>3. 知覺：<input type="checkbox"/>無異狀 <input type="checkbox"/>幻聽 <input type="checkbox"/>幻視 <input type="checkbox"/>嗅幻覺 <input type="checkbox"/>觸幻覺</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>4. 睡眠：<input type="checkbox"/>無異狀 <input type="checkbox"/>失眠 <input type="checkbox"/>嗜睡 <input type="checkbox"/>睡眠片斷</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>5. 行為：<input type="checkbox"/>無異狀 <input type="checkbox"/>自言自語 <input type="checkbox"/>退縮寡言 <input type="checkbox"/>四處遊蕩 <input type="checkbox"/>怪異行為</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>攻擊行為 <input type="checkbox"/>破壞行為 <input type="checkbox"/>自傷行為 <input type="checkbox"/>活動量低 <input type="checkbox"/>活動量高</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>坐立不安 <input type="checkbox"/>激動不安 <input type="checkbox"/>強迫行為 <input type="checkbox"/>整日躺床 <input type="checkbox"/>傻笑</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>6. 態度：<input type="checkbox"/>無異狀 <input type="checkbox"/>多疑 <input type="checkbox"/>防備 <input type="checkbox"/>敵視</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>7. 物質濫用：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>曾有(<input type="checkbox"/>酒精<input type="checkbox"/>安眠藥<input type="checkbox"/>海洛因<input type="checkbox"/>安非他命)</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>現有(<input type="checkbox"/>酒精<input type="checkbox"/>安眠藥<input type="checkbox"/>海洛因<input type="checkbox"/>安非他命)</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>8. 服藥規律：<input type="checkbox"/>能自主服藥<input type="checkbox"/>偶需他人提醒<input type="checkbox"/>不定時<input type="checkbox"/>其他_____</p>
------	---

轉介期待	欲改善： <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 工作技巧 <input type="checkbox"/> 日常生活技巧 <input type="checkbox"/> 日常結構紊亂 <input type="checkbox"/> 就業管道 <input type="checkbox"/> 機構媒合 其他(如無在上述選項中):			
轉介者資訊	單位		電話/分機	
	姓名		信箱	
	轉介者簽章		主管/督導 簽章	

請貴單位填妥上列個案轉介資料，將資料傳真或E-mail至新竹市衛生局社區心理衛生中心，
 請上班時間致電(03)5355191*537 確認完成。
 傳真電話: (03)5355397 E-mail: h71293@hcchb.gov.tw