

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	被轉介者是否有意願使用職能服務 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	症狀評估			
	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			
	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_____ <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) <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 意念(<input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	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 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	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 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	6. 態度： <input type="checkbox"/> 無異狀 <input type="checkbox"/> 多疑 <input type="checkbox"/> 防備 <input type="checkbox"/> 敵視 <input type="checkbox"/> 其他_____			
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) <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) <input type="checkbox"/> 其他_____				
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_____				

若『症狀評估』有三項以上勾選，則建議其先就診經醫師診斷或調整藥物，暫不予收案。

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