

第一聯：由個案攜帶此單至轉介的醫療院所。

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: @6071yngj
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

學 校 ／ 原 就 診 醫 療 機 構 ／ 身 心 障 礙 機 構	基 本 資 料	姓名：		性別： ☐ 男 ☐ 女	出生： 年 月 日
		身分證號：		聯絡電話：(日) (夜) 手機：	
		聯絡地址：			
		診斷： ☐ 精神病 ☐ 多重類別障礙 ¹ ☐ 發展遲緩 ☐ 自閉症 ☐ 注意力不足過動症(ADHD) ☐ 其他類別障礙 ² ☐ 智能障礙 ☐ 學習障礙 ☐ 其他非障礙疾病 ³ ☐ 其他：_____			
		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。			
		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 ☐				
接 受 轉 介 醫 療 院 所	處理情形： ☐ 已接受門診治療 ☐ 其他：_____		院所名稱：		診治醫師簽章：
			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：				

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。

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