

表 2-就診回復暨處遇建議單

新北市政府衛生局
113 年度兒童及少年就診身心科門診獎助計畫
就診回復暨處遇建議單

姓名：		身份證字號：	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日： _____年_____月_____日	就讀學校：_____學校 _____年 _____班	
通訊地址：_____市(縣)_____鄉鎮市區_____村里 _____鄰 _____路(街)_____段 _____巷_____弄_____號_____樓			
<p>病情概況：</p> <p>(一) 初步評估精神診斷：(ICD-10 代碼)_____</p> <p>(二) 就診門診時間：113 年_____月_____日，下次返診時間_____年_____月_____日。</p> <p>(三) 個案就診時之精神狀態評估：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 思考： 2. 知覺： 3. 情緒： 4. 其他說明： <p>(四) 本次就診之治療情形：</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>藥物治療</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>心理治療</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>憂鬱評估</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>精神疾病評估</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>壓力評估</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>家庭評估</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>職能評估</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>毒品使用狀況評估</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>精神與社會生活功能評估</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>支持性心理會談</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>轉介醫院就診</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>其他，說明：</div> </div> <p>(五) 本次就診是否開立精神科藥物予個案：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>			
回復日期：_____年_____月_____日			
填表人：	主治醫師：(請核章)	診所名稱及連絡電話：	

備註：如個案持學校開立之轉介單就診，請協助填寫「就讀學校」資訊。