

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
轉介單

填寫日期：____年____月____日

轉介單位基本資料			
轉介單位			
通報人員		職稱	
聯絡電話		聯絡傳真	
被轉介兒少基本資料			
兒少姓名		出生年月日	
兒少就讀 學校及班 級	_____學校 _____年_____班	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
兒少家長 姓名及聯 絡電話		過往 精神病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾就診身心科 (_____ 醫院/診所)
兒少狀況 概述	<input type="checkbox"/> 自殺意念與行為 <input type="checkbox"/> 情緒/心理困擾 <input type="checkbox"/> 衝動行為控制 <input type="checkbox"/> 疑似精神疾病 <input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 生涯發展 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 兩性情感 <input type="checkbox"/> 網路成癮 <input type="checkbox"/> 親職教養 <input type="checkbox"/> 關係失落 <input type="checkbox"/> 拒學/懼學 <input type="checkbox"/> 學習適應困擾 <input type="checkbox"/> 身體病痛 <input type="checkbox"/> 家庭成員問題/照顧議題 <input type="checkbox"/> 其他_____		
轉介單位 目前處理 情形	<input type="checkbox"/> 轉介學校三級輔導系統提供關懷 <input type="checkbox"/> 轉介社區牽手方案、高關懷課程等 <input type="checkbox"/> 轉介社區心理諮商資源(衛生所、心衛中心、醫療院所) <input type="checkbox"/> 進行高風險家庭通報 <input type="checkbox"/> 進行自殺防治系統(線上)通報 <input type="checkbox"/> 召開個案討論會 <input type="checkbox"/> 其他_____		
轉介人核章		轉介單位用印	

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
家長同意書

親愛的家長您好：

- 一、 由於貴子女_____（兒少姓名）在學校出現若干適應困難的現象，為協助他（她）早日解決困難，因此建議貴子女使用「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」，至合約診所（與新北市政府衛生局簽訂本計畫之健保合約診所）就診將免收 1 次掛號費。
- 二、 依民法第 13 條第 2 項規定：「滿 7 歲以上之未成年人，有限制行為能力。」再依民法第 78 條規定：「限制行為能力人未得法定代理人之允許，所為之單獨行為，無效」，故未成年人之法律行為必須獲得法定代理人同意才能合法有效。
- 三、 對於初診之兒童、青少年（未滿 18 歲者）應儘量由家長陪同就醫，以便能完整建立病歷資料；若家長因某些因素無法陪同兒童或青少年就醫者，可由家長委託之受委託人出示其委託書協助未成年人就醫。
- 四、 本項兒童及少年就診身心科門診獎助計畫，每人僅有 1 次門診掛號費補助，如有違反者，將無條件繳回本補助款予新北市政府衛生局（以下簡稱本局），絕無異議。
- 五、 本局基於為瞭解學生就診情形並提供最適切的協助方案等目的，而需獲取學生之個人資料，包含：姓名、出生年月日、性別、就讀學校、班級、聯絡方式、醫療紀錄等，本局將依循個人資料保護法及相關法令之規定，蒐集、處理及利用學生個人資料。
- 六、 請持本份文件（轉介單暨家長同意書）至合約診所就醫，並交付予合約診所，由合約診所送交本局備查。

如同意請勾選並簽名

☐我已閱讀並接受上述同意書內容。

兒少：_____ 連絡電話：_____

家長/監護人：_____ 連絡電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

-----視情況勾選-----

☐本人_____（兒少家長姓名），因故無法親自陪同_____（兒少姓名）就醫，故委託_____（姓名，連絡電話_____）/與兒少之關係_____陪同，並代為處理就醫事宜。