

澎湖縣社區心理衛生中心職能治療轉介單

填表日期：

編號：由職能治療師填寫

轉介須知及說明

一、職能治療服務個案須符合下列標準：

1.須為強化社會安全網計畫在案個案，且非為住院精神疾病個案及非現在使用精神復健機構等資源使用者。

2.須為確診之精神病人且須有動機參與職能復健，並能自主管理藥物及定時服藥。

二、轉介單位請詳填轉介單以利評估個案狀況，並需確認是否有意願接受職能治療服務及須陪同訪視(視個案狀況安排)。

三、初訪評估若為不穩定狀態者則不開案，符合收案者可由照顧者/自行提出申請或其他網絡單位協助提出申請。

四、服務採預約制，本中心收到預約單後，將與您聯繫並安排會談時間與地點。

五、因不收取任何費用，亦無提供任何相關證明。

* 聯繫方式如下：

單位：澎湖縣政府衛生局-社區心理衛生中心

聯絡人：吳綾璇職能治療師 電話：06-9920100 分機：23

聯絡信箱：fp32970@phchb.penghu.gov.tw

個案來源

轉介單位：

連絡電話：

轉介者：

職稱：

轉介目的：☐就業諮詢 ☐日常生活型態再設計 ☐外部資源需求諮詢 ☐其他：_____轉介需求：☐工作能力 ☐工作態度 ☐生活重建 ☐社交技巧 ☐職業重建 ☐日常生活處理能力
☐其他：_____

基本資料

姓名：

生理性別：男☐ 女☐

身份證字號：

出生年月日： 年 月 日

連絡電話：

聯絡地址：

(家電)_____

(手機)_____

緊急連絡人：_____

關係：

連絡電話：_____

婚姻狀態：☐未婚 ☐已婚 ☐同居 ☐離婚同住家人：☐父母 ☐子女 ☐手足 ☐祖父母☐分居 ☐喪偶 ☐其他：_____☐親戚 ☐朋友 ☐獨居 ☐其他：_____學歷：☐國小以下 ☐國中 ☐高中 ☐高職駕照：☐無 ☐有☐大學/大專 ☐研究所以上☐汽車 ☐機車 ☐職業駕照：_____手冊：有☐ 無☐

ICD：_____

等級：輕度☐ 中度☐ 重度☐ 極重度☐

ICF：_____

精神疾病史：首次發病_____歲，診斷為：_____

物質濫用：☐無☐過去有現在沒有(距離有的時間隔多久_____)☐現在持續有(藥品名_____)

個案情況

精

(一)精神科門診：☐無 ☐有_____醫院，頻率_____是/否規律，☐其他_____

[illegible]

作 息	起床時間：_____就寢時間：_____一天中做最多的事：_____		
教 育 及 工 作	(一)<u>在校/在職身分</u>：_____ 出席☐準時出席 ☐偶而遲到：_____ ☐常常缺席：_____ 在職/學期間困難：☐人際衝突 ☐能力不足 ☐其他：_____ (二)<u>期待回歸就學</u>：中斷就學之原因 ☐疾病影響 ☐人際衝突 ☐違反規範 ☐其他：_____ (三)<u>期待回歸就業</u>： 過去就業經驗(近3年) ☐無 ☐有，工作單位：_____ 工作內容/職稱期間：_____ 離職原因：_____ 本身專業 ☐無 ☐有，請說明：_____ 專業證照 ☐無 ☐有，請說明：_____ (四)<u>近期是否有嘗試找工作</u>：☐無 ☐有：☐投履歷☐實際面試 ☐到職不適應後離職 ☐搜尋求職資訊-報紙、人力銀行 ☐搜尋求職資訊-就服站、職訓局(使用概況) ☐無回歸就/學業期待(家人期待) ☐其他：_____		
備 註			
職能治療師		收件日期	年 月 日