

全民健康保險慢性精神病患社區復健轉介醫囑單及申請書

(應自轉介日期起三十日內，持本單至全民健康保險特約之社區復健機構辦理，逾期失效)

轉介醫囑單

轉介院所名稱：_____轉介院所代號：_____轉介日期：__年__月__日
(機構) (機構)

建議轉往之社區復健機構名稱：_____

轉介類別：()1. 日間型機構 2. 住宿型機構(全日) 3. 住宿型機構(夜間) 4. 居家治療

個案來源：()1. 本院、所門診初診 2. 本院、所門診複診 3. 本院急性病房 4. 本院慢性病房
5. 本院日間留院 6. 本院其他科室 7. 其他醫事機構 8. 社會福利機構
9. 公共衛生機構 10. 心理輔導機構 11. 收容機構 12. 病人自行提出
13. 家屬提出申請 14. 其他

病歷號碼：_____

轉介醫師：_____

聯絡電話：_____

一、一般資料：

姓名：_____出生日期：__年__月__日(足歲)身分證號：_____

地址：_____

婚姻：()1. 未婚 2. 已婚 3. 離婚 4. 分居 5. 鰥寡 6. 再婚 7. 同居 8. 不詳

學歷：()1. 不識字 2. 小學 3. 國(初)中 4. 高中(職)肄 5. 高中(職) 6. 五專、二專肄
7. 五專、二專 8. 三專、大學肄 9. 三專、大學 10. 研究所以上 11. 不詳

就業現況：__1. 就業中_____2. 主婦 3. 學生 4. 從未就業 5. 失業
6. 服役 7. 退休 8. 不詳

主要聯絡人：_____與病患關係：_____聯絡電話：_____

聯絡人地址：_____

二、醫療情形：

(一)1. 診斷：_____首次病發約__歲
2. 國際疾病代碼_____

(二)曾住院()次，最近一次住院期間是__年__月__日至__年__月__日

(三)目前是否有下列需要治療的身體疾病？如有請勾選

心臟血管疾病 腦血管疾病 癲癇 肺結核 性病 皮膚病 糖尿病 肝炎
其他_____

(四)過去是否有下列症狀或行為？如有請勾選

幻聽 妄想 憂鬱 自殺、自傷行為 攻擊他人 嚴重破壞行為
危害公眾之行為 性方面問題如強暴、雜交 其他_____

(五)目前精神症狀及主要問題：

(六)能否規則前往門診？請勾選 規則 不規則 其他_____

(七)對藥物治療的態度：完全拒服，經勸服無效 拒服，但經勸服可改善
不規則或未持續服藥，但經提醒後可改善 能自動且規則的持續服藥

(八)目前使用的藥物及劑量：

第一聯 轉出醫院留底，第二聯 保險人審查聯，第三聯 社區復健機構留底

(九)有否藥物副作用？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，但不影響日常生活及活動 <input type="checkbox"/> 有，且影響日常生活及活動 (十)是否有下列習慣或問題？ <input type="checkbox"/> 抽煙 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 藥物濫用 (十一)其他適切資料：	
病人或家屬同意轉介簽章 病人： 家屬：	轉介專科醫師簽章： 醫事服務機構地址：

申請書

醫事服務機構代號名稱	受理日期(免填)	(原)受理編號(詳說明)	案件類別： <input type="checkbox"/> 申請收案 <input type="checkbox"/> 申請複核 <input type="checkbox"/> 申請延長照護
收案日期	年 月 日	(原)申請期限	年 月 日
延長 照護期限	年 月 日		
收案理由 或 延長照護 理由			
復健 目標			
機構負責人姓名： 印 信：			
醫事服務機構地址：			
保險人審查意見欄 <input type="checkbox"/> 同意備查 <input type="checkbox"/> 不符收案條件，不同意。 <input type="checkbox"/> 資料填寫不全，請補正。 <input type="checkbox"/> 其他_____		審查醫師 決行	說 明
承辦人	複核	科長	
1. 本申請書一式三聯，由照護機構於收案後二週內向保險人分區業務組填復。 2. 「原受理編號欄」，係申復或申請延長社區復健時填寫，申請收案者不須填寫。 3. 未依規定報備核准收案或延長社區復健者，不予給付費用。 4. 對核定結果有異議者，自核定通知之日起六十日內，應遵循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核；否則不予受理。			