



轉介申請表

表1

轉介單位				申請日期	年 月 日
單位 聯絡人		與個案 關係		電話	
				手機	
單位 聯絡地址				電子信箱	
醫療評估	<input type="checkbox"/> 經醫師評估症狀穩定，建議轉介。 <input type="checkbox"/> 其他：_____			主治醫師	
轉介需求 (可複選)	<input type="checkbox"/> 分析行為功能及原因 <input type="checkbox"/> 提供正向行為支持策略 <input type="checkbox"/> 研商家庭服務計畫，進而使個案標的行為獲得緩解 <input type="checkbox"/> 資源連結 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____				
目前是否 使用 本市服務	<input type="checkbox"/> 機構式服務，機構名稱：_____				
	<input type="checkbox"/> 社區式服務				
	<input type="checkbox"/> 身障資源中心				
	<input type="checkbox"/> 健康服務中心				
	<input type="checkbox"/> 社區個案 (未接受任何服務)				
	<input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____				
個案姓名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	年 月 日			障別等級	
	(歲)				
緊急聯絡人 (關係)				聯絡電話	



一、主要行為問題及處理歷史 (心智障礙者/自閉症者嚴重情緒行為輔導需求評估表)

※評分說明		頻率： 出現的次數	強度：持續時間長度或造成的干擾嚴重度						小計 ①*②	
5分	1小時1次以上	略								
4分	1天1-10次	略								
3分	1週1-6次	非常嚴重，持續約1天或危及自己或他人身體健康與安全								
2分	1個月1-3次	相當嚴重，持續約半天或嚴重干擾個案或團體日常生活活動進行								
1分	1個月少於1次	中度嚴重，持續1-2小時或干擾個案或團體日常生活活動之進行								
類 型 (可複選)	標 的 行 為 簡 述 (態樣、持續時間...等)	①頻率(勾選)					②強度(勾選)			
		5分	4分	3分	2分	1分	3分	2分	1分	
<input type="checkbox"/>	自我傷害行為									
<input type="checkbox"/>	傷害他人行為									
<input type="checkbox"/>	破壞物品行為									
<input type="checkbox"/>	社會不易接受 但未具傷害性 行為									
<input type="checkbox"/>	性偏異行為									
<input type="checkbox"/>	退縮行為									
<input type="checkbox"/>	怪異行為									
<input type="checkbox"/>	睡眠異常行為									
<input type="checkbox"/>	其他特殊行為 (如成癮行為)									
<input type="checkbox"/>	自殺行為									
分數總計										



處理歷史	<ul style="list-style-type: none"> ● 上述行為問題從何時開始出現？已經持續多久？ ● 貴單位或家庭曾試過之處理方式及效果：(如醫療、生態調整、行為獎懲、新行為訓練……)
------	--

二、個案身心狀況

說明 生理 狀況	正常	異常 (請簡述病名或症狀)	就醫情況 (未就醫或就醫之醫院、期間、處理結果)
視覺	<input type="checkbox"/>		
聽覺	<input type="checkbox"/>		
肢體	<input type="checkbox"/>		
特殊疾病	<input type="checkbox"/>		

情緒/精神障礙診斷：

無

有(請描述病名或症狀)：



醫療及輔具使用情形	曾經使用	藥品及輔具名稱： 停用原因：		
	目前使用	名稱	劑量 / 用法	開始使用時間 / 使用結果

三、家庭狀況 (檢附之個案基本資料文件內容已涵蓋下列資訊，詳見檢附資料)

家系圖		主要照顧者		
		社區個案	聯絡電話	
			住家地址	
		<p>家庭支持</p> <p>(如：教養能力、經濟狀況、家庭氣氛等)</p>		



	稱謂	姓名	年齡	職業 (單位、職稱)	身心狀況	存	歿	與個案同住	
								是	否
家屬及 重要關 係他人	父								
	母								

檢 附 資 料	<input type="checkbox"/> 醫療診斷/評估報告或病歷摘要 (必要文件, 須敘明就診期間及頻率) <input type="checkbox"/> 個案基本資料、能力現況描述(如: 溝通、認知、自理、社會互動、休閒...等) <input type="checkbox"/> 行為觀察紀錄 (如: 標的行為觀察紀錄表、藥效評估紀錄表...等) <input type="checkbox"/> 其他 (如: 與標的行為相關之影片/照片資料等), 請說明		
	填表人簽章 (職稱)		主管 簽章