

臺北市立聯合醫院仁愛區精神科

高年級人際發展團體 (108-1) 報名表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身份證字號		就讀學校		就讀年級	
家長姓名		關係		聯絡電話	(M) (H)
Email					
精神 (心智) 科就診資訊	<input type="checkbox"/> 未曾就診 <input type="checkbox"/> 曾於就診，初次就醫年齡： 歲，診斷為： 目前就診情況 <input type="checkbox"/> 規律： 週回診1次 <input type="checkbox"/> 不一定：				
處遇經驗 (期程)	<input type="checkbox"/> 物理治療 ( 年 個月) <input type="checkbox"/> 職能治療 ( 年 個月) <input type="checkbox"/> 語言治療 ( 年 個月) <input type="checkbox"/> 認知治療 ( 年 個月) <input type="checkbox"/> ABA 應用行為分析治療 ( 年 個月)		<input type="checkbox"/> 專注力訓練 ( 年 個月) <input type="checkbox"/> 個別治療 ( 年 個月) <input type="checkbox"/> 團體心理治療 ( 年 個月) <input type="checkbox"/> 其他		
處遇階段	<input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中				
醫療資源	<input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 殘障手冊 <input type="checkbox"/> 其他				
是否用藥	<input type="checkbox"/> 未曾 <input type="checkbox"/> 曾用藥，目前無。 <input type="checkbox"/> 目前有，藥物名稱：				

人際概況	請簡述個人與同儕互動之情形，可繼續填寫於下一頁
人際概況	
對團體期待	請簡述對團體的期待或目前遭遇的困難

補充說明 事項	
------------	--

報名日期：