

臺東縣心理衛生中心個案管理轉介單

案號：_____

受轉介單位		聯絡電話		傳真電話	
個案姓名	出生日期	年 月 日	身分證字號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
疾病類別／程度	<input type="checkbox"/> 1. 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 2. 情感性精神病 <input type="checkbox"/> 3. 妄想症 <input type="checkbox"/> 4. 其他_____ (註明) (<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度)				
家屬聯絡人		關係		電話	
戶籍地址				電話	
通訊地址				電話	
家庭背景摘要					
病情摘要					
主要問題					
轉介目的	需要服務之建議：				
轉介日期			轉介者		

以下請貴轉介單位填寫，並請於一週內以電話及傳真將受理情形告知本中心，我們將再與您聯絡。謝謝！

本中心地址：台東市博愛路 336 號 電話：(089) 336575 傳真：(089) 348887

個案處理回覆：

個案姓名：_____

受轉介機構：_____

受理情形：提供服務：

處理情形：

無法提供服務：

原因：

接案者：_____ 日期：____/____/____ 電話：_____ 傳真：_____

E-MAIL：_____