

精神障礙者職業訓練及就業服務 醫療諮詢單

★惠請醫師或職能治療師在考量個案參與職業訓練過程中無安全之虞情形下，協助轉介適訓之個案。

一. 基本資料 (由醫師或職能治療師填寫)

姓名：_____ 性別： 男 女

身分證字號：_____ 出生日期：民國__年__月__日

無身心障手冊 有身心障手冊，障礙類別：_____

等級： 輕度 中度 重度 極重度

其他障礙狀況： 無 有 聽障 語障 肢障 視障 智障 其他_____

等級： 輕度 中度 重度 極重度

轉介單位名稱		轉介日期	年 月 日
轉介單位連絡人姓名		聯絡電話	公： 手機：
職 稱	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 社工師 <input type="checkbox"/> 就服員 <input type="checkbox"/> 其他		
受轉介醫療院所		回覆日期	年 月 日
受轉介單位人員姓名		聯絡電話	公： 手機：
職 稱	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 心理師 <input type="checkbox"/> 社工師 <input type="checkbox"/> 就服員 <input type="checkbox"/> 其他		
備註事項			

二. 精神疾病史

首次發病：約_____歲

診斷： 精神分裂症 雙極性疾病 (躁鬱症) 憂鬱症
 器質性精神病 人格異常 其他 (請說明_____)

臨床症狀： 幻覺 (聽/嗅/觸/視/味幻覺等)

請協助 妄想 (被迫害/關係/誇大/宗教性/身體性/其他_____)

圈選， 自言自語 思考困難 (無邏輯感/思考跳躍/迂迴/遲緩/其他_____)

並可複 注意力不集中 僵直 傻笑 其他 (_____)

選 暴力行為： 無 過去有 目前有 (語言/肢體/破壞行為)

意外問題 自殘 自殺

精神症狀穩定程度：穩定 稍不穩定，但可控制 有些不穩定，需旁人注意
相當不穩定，需密切醫療觀察 無法控制情緒，需立即醫療協助

物質濫用：無 過去有（酒精/藥品 /其他 ）
目前有（酒精/藥品 /其他 ） 不詳

殘餘症狀：
 其他生理疾病：

三. 精神醫療狀況

精神科門診：無 有， 醫院/診所
規則 週1次 不規則 其他

日間病房：未參加過 曾有參加，共 月 目前正於日間病房

職能/復健治療：未參加過 曾有參加，共 月 目前有參加職能/復健治療

是否曾於貴院進行職能評估：否 是，最近一次於 年 月 日進行

近二年之住院次數：未曾住院 住院 次（最近一次住院日期： 年 月 日）

對藥物治療態度：可以自己保管藥物，並按時主動服藥 偶而忘記而自己能補服
須提醒幫助服藥 拒絕服藥 會自行調藥/停藥 服藥不規則
其他 （可複選）

目前服用之藥品及劑量：

藥品品項		劑量		服用次數	
藥品品項		劑量		服用次數	
藥品品項		劑量		服用次數	
藥品品項		劑量		服用次數	
藥品品項		劑量		服用次數	

藥物副作用：無 有，但不影響日常生活 有，且影響日常生活

副作用表現：心血管系統：心跳快速 姿勢性低血壓 其他_____

腸胃道系統：噁心嘔吐 腹瀉 流口水 其他_____

中樞神經系統：疲倦思睡 頭昏頭痛 急性不自主運動及肌肉緊張異常

靜坐困難 類帕金森氏症 遲發性不自主運動 嗜睡

注意力不集中 失眠 其他_____

內分泌系統：體中增加 青春痘 乳溢或月經不規則 其他

自主神經系統：便秘 口乾 視覺模糊 排尿困難 性功能障礙

過敏反應：顆粒性白血球缺乏 感光過敏或皮膚起疹子 皮膚乾癢

黃膽 其他

是否須定期檢驗：否 是：血糖 血球 心電圖 其他

四、其他心理-智能-性向-社會功能評量資料

評量工具	評量日期	評量結果簡述(建議)	評量者簽名

五、職業工作能力評估概要

1. 工作能力分項 評估	正常	尚可	差	很差	極差	不詳	備註說明 特殊註記
	常人標準	約 70%	約 50%	約 30%	<30%	未能檢測	
(1)手眼協調	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(2)體能耐	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(3)理解能力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(4)操控能力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(5)遵從能力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
(6)互動合作	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	
2. 綜合評估	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 差	<input type="checkbox"/> 很差	<input type="checkbox"/> 極差	<input type="checkbox"/> 不詳	

六. 並發前兆及應變處理方式：_____

七. 建議事項：_____

填表人職稱：_____姓名：_____電話：_____

行動電話：_____日期：____年____月____日

註：

1. 本諮詢單有效期限三個月。
2. 基本資料請由醫生或職能治療師填寫。
3. 請務必填寫其他心理-智能-性向-社會功能評量資料。
4. 醫療諮詢單及相關資料請由醫院寄回：806 高雄市前鎮區凱旋 4 路 105 號，
勞動力發展署高屏澎東分署收。電話：07-8210171 轉分機 2309 傳真：07-8214526。